ROK X. WARSZAWA, 1936, LIPIEC ZESZYT VII.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. E. Reicher.

PRACE ORYGINALNE

Od Administracji

W numerze czerwcowym „Wiedzy Lekarskiej" wkradły się przykre omyłki, mianowicie na okładce, na str. 153, 183 i 184 przed nazwiskiem Redaktora umieszczono Prof. zamiast, jak powinno być Doc., ponadto zmieniono układ i rozmiar ogłoszenia na str. 183. Było to spowodowane samowolą siły pomocniczej, która wprowadziła na własną rękę powyższe zmiany, już w numerze podpisanym do druku. Natychmiast po zauważeniu tych błędów rozesłaliśmy do wszystkich prenumeratorów „Wiedzy Lekarskiej" listy ze sprostowaniem, ponadto jeszcze raz prostujemy te omyłki na tem miejscu.

Począwszy od numeru lipcowego redakcję „Wiedzy Lekarskiej" objęła P. Doc. Dr. med. E. Reicher. Zmiana Redakcji nie odbije się na ogólnym kierunku Wiedzy, a zwłaszcza na zamierzeniach tegorocznych, z których do najważniejszych należy poświęcenie ostatnich dwóch zeszytów (XI i XII), zestawieniu poglądowemu postępów lecznictwa w roku ubiegłym.

O ciałach obcych w nosie

podał

JÓZEF TENCER (Warszawa).

W żadnym narządzie nie spotykamy tak często ciał obcych, jak w nosie. Wiadomo, że dzieci chętnie wprowadzają sobie przedmioty różnego rodzaju do nosa. Przeważnie stwierdzamy ciała obce w nosie u dzieci po stronie prawej. Dzieje się to dlatego, że dziecko łatwiej sobie wprowadza ciało obce prawą ręką do prawego nozdrza. W tych zaś przypadkach, w których jedno dziecko wprowadziło ciało obce do nosa drugiemu, stwierdzamy je po stronie lewej. Najczęściej umiejscawia się ciało obce w dolnym przewodzie nosowym, znacznie rzadziej w środkowym.

Nie zawsze lekarz wie przed przystąpieniem do badania dziecka o ciele obcem, które się dostało do nosa. Często opiekun dziecka podaje w wywiadach, że dziecko od pewnego czasu źle sypia, że ma wyciek z nosa, że skarży się na bóle głowy. Podczas oględzin dziecka rzuca się w oczy wyciek śluzowo-ropny lub ropny, niekiedy z domieszką krwi, z jednego nozdrza. Ten jednostronny wyciek z nosa budzi zawsze podejrzenie co do obecności ciała obcego. Z ropnym wyciekiem z nosa spotykamy się również w błonicy i w kile, ale w tych przypadkach zmiany są obustronne.

Ciało obce, które przez czas dłuższy przebywa w nosie, może powodować szereg zaburzeń. Utrudnione oddychanie przyczynia się do bólów głowy, które niekiedy są b. uporczywe i występują napadowo. Wyciek ropny z nosa może spowodować wyprysk skóry przedsionka nosa i wargi górnej, może również doprowadzić do zmian zapalnych w drogach łzawych oraz do stałego łzawienia. Niekiedy stwierdza się u dziecka z tego samego powodu stały kaszel. Ciało obce może niekiedy doprowadzić do zmian martwiczych w obrębie muszel nosowych oraz może się przyczynić do powstania polipów.

Wspomnieć również należy, że notowane były przypadki padaczki, tężca i zapalenia opon mózgowych, które występowały w związku z obecnością ciała obcego w nosie.

Jakkolwiek najczęstszą drogą, którą się dostają ciała obce do nosa są otwory nosowe przednie, to jednakże nie jest to droga wyłączna. Bywa, że ciało obce dostaje się do nosa poprzez nozdrza tylne. Zdarza się to wtedy, o ile istnieją defekty w podniebieniu twardem lub miękkiem, lub też wskutek porażenia podniebienia miękkiego mechanizm oddzielania gardła górnego od środkowego jest uszkodzony. Ale i w warunkach normalnych, może ciało obce dostać się do nosa od strony jamy ustnej. Najczęściej zdarza się to podczas wymiotów, kiedy wskutek jednoczesnego kaszlu, śmiechu lub rozmowy, podniebienie miękkie nie przylega do tylnej ściany gardła. Najłatwiej jednakże występuje to w stanach zamroczenia (narkoza, i tp.).

Ciało obce dostać się może do nosa lub do jam bocznych nosa nie tylko drogami naturalnemi, ale również poprzez uszkodzone powłoki skórne. Spotykamy te ciała obce naskutek wypadków przy pracy, postrzałów i t. p. W większości przypadków spotykamy ciała obce w nosie u dzieci, ale stwierdzamy je niekiedy podczas badania osób dorosłych. Chorzy umysłowi stosunkowo często wprowadzają sobie ciała obce do nosa.

Ciekawe, że ciała obce mogą długo przebywać w jamie nosowej i rzadko kiedy spadają do dolnych dróg oddechowych. Dzieje się to naskutek kurczu mięśni podniebienia miękkiego na drodze odruchowej w chwili dotknięcia ciała obcego do powierzchni nosowej podniebienia miękkiego.

Nie sposób wymienić wszystkich rodzajów ciał obcych, które się stwierdza w nosie u chorych, gdyż o tem, czy dany przedmiot bywa spotykany w nosie jako ciało obce, stanowią wyłącznie jego rozmiary. Ciała obce, spotykane w nosie można podzielić przedewszystkiem na żywe i martwe. Pierwszy rodzaj ciał obcych spotyka się w naszym klimacie rzadko. W krajach podzwrotnikowych natomiast różne owady często się dostają do nosa. Sprawy ropne nosa lub jego jam bocznych są czynnikiem, sprzyjającym wnikaniu ciał obcych żyjących do nosa. Ciało obce martwe można podzielić na 2 rodzaje: 1) o powierzchni gładkiej i 2) o powierzchni szorstkiej (kawałki żelaza, kości, drzewa, drutu i t. p.). Skolei wśród ciał obcych gładkich można rozróżnić: 1) miękkie (kawałki skórki pomarańczowej, guma, liście, groch itp) oraz 2) twarde (korale, monety, guziki, gryfle, pestki, części metalowe, drewniane, porcelanowe i t. p.).

Dziecko, które wprowadziło sobie ciało obce do nosa, przeważnie zaraz po wypad-

ku zwierza się z tem osobie starszej, niekiedy jest nawet przestraszone swym wyczynem, rzadziej, na szczęście, woli o tem przemilczeć. Jeśli dziecko zostaje przyprowadzone do lekarza z gotowem rozpoznaniem, to przeważnie wyjęcie ciała obcego nie nastręcza większych trudności. Gorzej, jeżeli już poprzednio jakaś niepowołana ręka próbowała usunąć ciało obce, przyczem zostało ono wepchnięte głębiej.

Ale i wtedy po obkurczeniu śluzówek nosa adrenaliną, czasami w uśpieniu ogólnem, udaje się je wydobyć.

Rozpoznanie jednakże niezawsze jest zgóry wiadome. Ustalenie rozpoznania nastręcza niekiedy znaczne trudności. Często ciało obce jest ukryte przed naszym wzrokiem i schowane pod muszlą dolną lub w tylnych partjach nosa. Staramy się je wtedy wymacać zgłębnikiem. Ziarninę, pokrywającą niekiedy ciało obce musimy przytem usunąć. W niektórych przypadkach rentgen może oddać cenne usługi.

Czasami udaje się usunąć ciało obce bez żadnych rękoczynów. Silne wydmuchanie nosa przez chorego może usunąć ciało obce w przypadkach, kiedy jest ono gładkie i nie tkwi głęboko. W większości przypadków usuwamy ciało obce przy pomocy kleszczyków lub zagiętego zgłębnika, który wprowadzamy poza ciało obce i ruchem ostrożnym do przodu usuwamy je z nosa. Przed próbą usuwania ciała obcego obkurczamy śluzówki nosa kokainą i adrenaliną, u dzieci zaś często nie możemy się obejść bez zastosowania uśpienia ogólnego. W rzadszych przypadkach w celu usunięcia ciała obcego konieczne się staje uprzednie dokonanie operacji obcięcia muszli dolnej lub środkowej, albo też usunięcie komórek sitowych.

Im krócej przebywa ciało obce w nosie, tem łatwiej je rozpoznać i usunąć. Ciało obce nierozpoznane może przebywać w nosie przez czas dłuższy, powodując mniejsze lub większe dolegliwości.

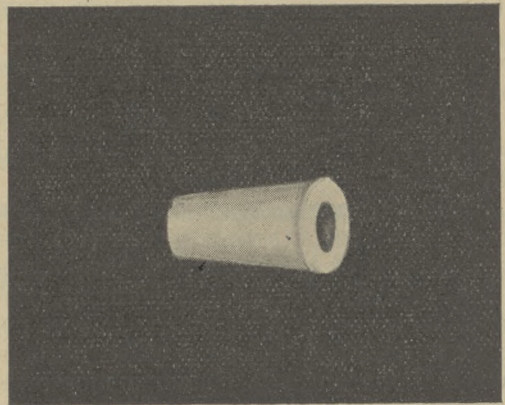
Dla przykładu przytoczę rzadki przypadek ciała obcego w nosie z własnej praktyki.

Chory C. W. lat 30, zgłosił się do mnie spowodu częstych katarów oraz utrudnionego oddychania przez nos. Chory poprzednio leczył się, lecz bez skutku.

Badanie rynologiczne wykazało znaczne skrzywienie przegrody nosowej w stronę lewą. Po stronie prawej muszla nosowa dolna była w przedniej części matowa, nierówna, jakby pokryta niewielką warstwą ziarniny. Podczas dotknięcia tej muszli zgłębnikiem zaczęła ona lekko krwawić. Po obkurczeniu jamy nosowej kokainą i adrenaliną udało się zauważyć ciało obce, które się znajdowało w tylnej części dolnego przewodu nosowego. Nie można było w żaden sposób wyjąć ciała obcego z nosa w całości, ze względu na jego rozmiary. Kleszczami przełamano ciało obce w nosie, a następnie kawałkami zostało ono usunięte.

Po złożeniu odłamków okazało się, że jest to ustnik porcelanowy o rozmiarach 2,4 x 1,5 x 1,2 cm.

Matka chorego podała, że kiedy pacjent miał 2 lata, bawił się trąbką dziecinną. Pewnego razu na krzyk dziecka przybiegła matka i zauważyła, że ustnik oddzielił się od trąbki i pozostał w gardle. Obawiając się, by dziecko nie zakrztusiło się, wsadziła mu palce do ust w celu usunięcia ustnika. Jednakże ustnik gdzieś znikł, jakkolwiek pamięta, że czuła go między palcami.



O ciałach obcych w nosie.

Przypuszczano później, że dziecko ustnik połknęło i że zostało ono wydalone na drodze naturalnej. Okazało się jednak, że ustnik przez 28 lat przebywał w nosie. Najwidoczniej dostał się on tam przez nosogardło. Matka chorego podczas próby wydobycia ustnika wepchnęła go do nosogardła.

Inaczej nie można sobie wyobrazić, że do nosa dziecka dostało się obce ciało podobnych rozmiarów.

Ciekawe jest również, że u tego chorego stwierdzało się skrzywienie przegrody nosa znacznego stopnia w stronę lewą. Skrzywienie to musimy łączyć z obecnością ciała obcego przez szereg lat w nosie.

(Praca wygłoszona na 221 posiedzeniu naukowem Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego).
Z Zakładu Położniczo-Ginekologicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.

Lekarz Naczelny: Dr. med. Władysław Janczewski.

Zatrzymanie moczu po porodzie, a stosowanie neopancarpiny

Podał

E. PERELMAN.

Celem dokładniejszego zobrazowania obranego tematu, przytaczamy na wstępie szereg danych, dotyczących budowy, unerwienia i czynności pęcherza moczowego.

Ściana pęcherza moczowego zbudowana jest z trzech warstw mięśni gładkich, przebiegających w warstwach zewnętrznej i wewnętrznej, podłużnie, a w warstwie środkowej, okrężnie.

Centra mózgowe dla nerwów pęcherza moczowego, znajdują się w korze oraz pod korą mózgu. *(Oertel, Müller).*

Pęcherz moczowy unerwiony jest przez nerwy podbrzuszne sympatyczne (nn. hypogastrici), oraz biodrowe parasympatyczne (nn. pelvici). Poza wspomnianemi, włókna nerwowe rozgałęziają się w ścianie pęcherza moczowego, tworząc układ autonomiczny. Błona śluzowa pęcherza moczowego posiada zakończenia nerwowe.

W warunkach prawidłowych, wydalanie moczu z pęcherza spowodowane jest podrażnieniem układu parasympatycznego przez nerwy biodrowe (nn. pelvici), które przewodząc bodźce, powodują skurcz mięśnia wypieracza moczu, oraz rozkurcz mięśnia zwieracza. Wspomniany skurcz jednego, a rozkurcz drugiego mięśnia następują wskutek ciśnienia jakie wywiera zawarty w pęcherzu mocz na jego ściany. Ciśnienie i próg pobudliwości odgrywają tu zatem zasadniczą rolę.

W wypadkach zwiększonej pobudliwości ścian pęcherza moczowego, spowodowanej chorobą, już minimalna ilość moczu zawarta w pęcherzu powoduje jego wydalanie (incontinentia urinae). Pojemność pęcherza moczowego zależna jest od szybkości jego wypełnienia. Przy szybkiem, sztucznem wypełnianiu wynosi ona 300 cm.^{3} sześć.; przy zatrzymaniu moczu 670 cm.^{3} *(Oertel). Kopsch* podaje pojemność pęcherza moczowego, u kobiet, między 14-stym a 50-tym rokiem życia od 200 do 1020 cm. sześć. średnio 650 cm. sześć. Ścisłe sąsiedztwo topograficzne pęcherza moczowego, u kobiet, z narządem rodnym, wpływa w znacznym stopniu na zmianę jego położenia, kształtu i unaczynienia, wraz z postępem ciąży.

Położenie pęcherza w ciąży, zmienia się z pośrodkowego na boczne i to przeważnie na stronę prawą. *Martin* określa stosunek położeń pęcherza w ciąży, po stronie prawej, jak 1 do 21. Szereg autorów w różnych czynnikach upatruje przyczynę dyslokacji pęcherza w ciąży i porodzie. *Stoeckel* tłomaczy przemieszczenie pęcherza, opuszczeniem się i wstawieniem główki płodu w miednicę. *Zangemeister* i *Fehling* za przyczynę uważają zanik części pochwowej macicy i pociąganie pęcherza.

Kształt pęcherza z zawartością 200 cm. sześć. jest w warunkach normalnych okrągławy i nie daje się odgraniczyć ani przez wypuk ani przez obmacywanie. W ciąży przy wypełnianiu wspomnianą ilością, łatwo się da odgraniczyć i przybiera formę fasoli, wklęsłością zwróconą ku tyłowi, przyczem często jest jakby podzielony na dwie części, jedną po prawej, drugą po lewej, połączone ze sobą w środku bardzo wąską przestrzenią. Chcąc w tych przypadkach, jeśli zachodzi potrzeba, dokładnie opróżnić pęcherz moczowy, należy cewnik kierować w lewą i prawą stronę pęcherza.

Badania *Wintera* i *Stoeckla* wykazały, że już w pierwszych miesiącach ciąży następuje zgrubienie moczowodów, oraz przekrwienie ścian pęcherza tak znaczne, że w wielu przypadkach wytwarzają się żylaki.

Mięsień wypieracz moczu ulega przytem znacznemu rozpulchnieniu.

Poza omówionemi zmianami kształtu położenia i unaczynienia pęcherza moczowego w czasie ciąży, znacznym zmianom ulegają także, pojemność pęcherza oraz próg pobudliwości.

Steuernagel podaje brak zmian pojemności i parcia na mocz do V-go m. ciąży. Od VI-go m. ciąży, pojemność pęcherza zwiększa się do 800 cm. sześć. Po porodzie pojemność sięga 2000 cm. sześć. Tak zwiększona pojemność pęcherza moczowego utrzymuje się w ciągu mniej więcej 10 dni po porodzie. Do normy wraca pojemność po czterech, sześciu tygodniach. Próg pobudliwości pozostaje bez zmian do IX-go m. ciąży, t. j. 300 cm. sześć. Od IX-go m. powiększa się do 450 cm. sześć., a po porodzie sięga 900 cm. sześć.

Regularne opróżnianie pęcherza moczowego położnicy jest zadaniem bardzo ważnem, wypełniony bowiem pęcherz utrudnia w znacznym stopniu kurczenie się macicy, czynnik niezmiernie korzystny w pierwszych dniach połogu.

Zatrzymanie moczu sprzyja nadto schorzeniom pęcherza moczowego, zwłaszcza, gdy uwzględnimy anatomiczną budowę cewki moczowej, oraz ścisłe sąsiedztwo z drogami rodnemi.

Latzko i *Schiffman* stwierdzili u 60% położnic gorączkujących, obecność paciorkowców w moczu. *Zangemeister* obserwując 1114 położnic, stwierdził u 2,4% „ischuria paradoxa".

Często obserwowanem schorzeniem jest „cystitis puerperalis".

Szereg autorów różnie tłomaczy zatrzymanie moczu po porodzie. *Wincel* i *Scanzoni* za przyczynę uważają skurcz m. zwieracza pęcherza. *Labhardt* uważa, że ucisk na mięśnie pęcherza w ciąży i porodzie powoduje osłabienie m. wypieracza moczu.

Według *Stoeckla* czynność porodowa wywołuje szereg zmian w cewce moczowej, np. wylewy krwawe, obrzęki, a znacznie osłabiony m. wypieracz moczu, nie jest w stanie przezwyciężyć owych mechnicznych przeszkód. Według innych autorów, uraz porodowy powoduje uszkodzenie zakończeń nerwowych pęcherza moczowego, i brak odczuwania potrzeby oddania moczu. W pewnym stopniu sprzyja zatrzymaniu moczu wiotkość powłok brzusznych i brak ucisku na wypełniony pęcherz moczowy. Podkreślić należy, że pozycja ciała wpływa także na zatrzymanie moczu po porodzie.

Nie ulega wątpliwości, że szereg czynników wspomnianych, łącznie działając, są właściwą przyczyną zatrzymania moczu po porodzie.

Postępowanie w zatrzymaniu moczu po porodzie jest dość rozmaite. Do dyspozycji lekarza stoi duża ilość najrozmaitszych środków o mniej lub więcej skutecznem działaniu. Popularnym środkiem jest urotropina stosowana doustnie lub dożylnie. W obserwowanych przez nas przypadkach nie stwierdziliśmy dobrych wyników po doustnem stosowaniu urotropiny. *Sowiakowski* podaje, że urotropina stosowana dożylnie wywoływała niejednokrotnie krwiomocz oraz uczucie silnego pieczenia w pęcherzu moczowym.

Po doustnem stosowaniu urotropiny, również nie otrzymał on dobrych wyników. Urotropina, zresztą, jest raczej środkiem dezynfekcyjnym, działającym w kwaśnej reakcji moczu po rozpadzie na amoniak i formaldehyd. W tych przypadkach wyniki po stosowaniu dożylnem są znacznie lepsze, przy doustnem bowiem stosowaniu urotropiny, znaczna jej część rozkłada się wobec kwaśnego odczynu soku żołądkowego, a formaldehyd rozszczepiony, dostaje się do nerek w dużem rozcieńczeniu, przeszedłszy przez obieg krwi. Nie można jednak pominąć zdania szeregu autorów, którzy uzyskiwali, stosując urotropinę, w zatrzymaniu moczu, dobre wyniki, zwłaszcza przy podawaniu dożylnem. *Bross* i *Kubikowski* uzyskali dobre wyniki, w zatrzymaniu moczu, stosując prostigminę. *Werth* od 20 lat wypełnia pęcherz moczowy po każdej laparatomji, płynem obojętnym i otrzymuje dobre wyniki. Stosowanie tylnego płata przysadki mózgowej oddaje dobre usługi w zatrzymaniu moczu po porodzie. Wczesne wstawanie po porodzie lub operacji ułatwia znacznie oddawanie moczu. *Jansen* podaje, że zatrzymanie moczu u osób leżących długo po operacji, występuje znacznie częściej, aniżeli u tych, które wcześniej opuszczają łóżko.

Stosunek ten określa na 7,5 do 0,5%. *Polya* jest zdania, że ćwiczenie się ciężarnych w oddawaniu moczu w pozycji leżącej w znacznym stopniu ułatwia oddawanie moczu po porodzie.. *Koukulev* w 23 przy-

padkach zatrzymania moczu stosował 10—20% rozczyn soli kuchennej, uzyskując wynik dobry w 20 przypadkach. *Baisch* wstrzykiwał do pęcherza 20 cm. 2% bornej gliceryny z dobrym skutkiem. W wielu przypadkach uzyskać można dobry wynik przez sugestję.

Podkreślić należy, że często stosowany ucisk na pęcherz celem spowodowania oddania moczu, nie jest obojętny, zwłaszczá, uwzględniając silne przekrwienie i rozpulchnienie mięśni w okresie ciąży i połogu.

Od kilku miesięcy w Zakładzie Położniczo - Ginekologicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej, stosuje się jako środek moczopędny n e o p a n c a r p i n e w płynie (wyciąg całkowity wodno - alkoholowo-eterowy z Jaborandy).

W 50 przypadkach stosowania neopancarpiny uzyskaliśmy następujące wyniki:

1. Położnicy, W. L., lat 40, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 22 godziny po porodzie. Mocz oddała po 20 minutach.

2. Położnicy, Sz. H., lat 24, podano 20 kr. neopancarpiny 17 godzin po porodzie. W ciągu tych 17 godzin moczu nie oddała. W 25 minut po podaniu leku mocz oddała.

3. Położnicy, O. S., lat 24 podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 13 godzin po porodzie. Mocz oddała po 30 minutach.

4. Położnicy K. M., lat 28, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 12 godzin po porodzie. Przed podaniem leku stwierdzono wypełniony pęcherz moczowy. Mocz oddała po 15 minutach.

5. Położnicy, Cz. W., lat 20, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 12 godzin po porodzie. Mocz oddała po 25 minutach.

6. Położnicy, Z. M., lat 27, podano 20 kr. neopancarpiny 17 godzin po porodzie. Mocz oddała 60 minut po podaniu leku.

7. Położnicy, E. W., lat 43, podano 20 kr. neopancarpiny 17 godzin po porodzie. Mocz oddała po 50 minutach.

8. Położnicy, J. M., lat 30, podano 20 kr. neopancarpiny 20 w zatrzymaniu moczu 13 godzin po porodzie. Mocz oddała po 35 minutach.

9. Położnicy, S. I., lat 28, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 22 godziny po porodzie. Mocz oddała po 45 minutach. Pociła się.

10. Położnicy, K. J., lat 22, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 7 godzin po porodzie. Przed podaniem leku czuła potrzebę oddania moczu. Mocz oddała po 10 minutach.

1. Położnica, U. G., lat 27, oddała sama mocz po porodzie. Czwartego dnia po porodzie nie oddała moczu w ciągu 20 godzin. Podano 20 kr. neopancarpiny. Mocz oddała po 60 minutach.

12. Położnica, G. M., lat 28, po sztucznem przerwaniu ciąży, nie oddała moczu w ciągu 40 godzin. Czuła potrzebę oddania moczu. Podano 20 kr. neopancarpiny. Mocz oddała po 25 minutach.

13. Położnicy, C. W., lat 30, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 11 godzin po porodzie. Mocz oddała po 20 minutach.

14. Położnicy, J. M., lat 27, podano 15 kr. neopancarpiny po 17 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 3 godzinach 15 minutach.

16. Położnicy, J. O., lat 37, podano 15 kr. neopancarpiny po 19 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Pociła się. Czuła się osłabioną. Mocz oddała po 8 godzinach.

17. Położnicy, P. F., lat 48, podano 15 kr. neopancarpiny, po 21 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Pociła się. Mocz oddała po 9 godzinach 40 minutach.

18. Chora, C. K., lat 16, na obserwacji. Czuje silną potrzebę oddania moczu, nie może jednak oddać moczu od 12 godzin. Podano 20 kropli neopancarpiny. Mocz oddała po 10 minutach.

19. Położnicy, W. St., lat 26, podano 15 kr. neopancarpiny po 17 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 3 godzinach 50 minutach.

20. Położnica, A. L., lat 35, oddała sama mocz pierwszego dnia po porodzie. Dnia następnego moczu nie oddała w ciągu 10 godzin. Podano 15 kr. neopancarpiny. Mocz oddała po 5 godzinach.

21. Położnicy, A. J., lat 25, podano 20 kr. neopancarpiny po 18 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Przed podaniem leku czuła potrzebę oddania moczu. Mocz oddała po 25 minutach.

22. Położnicy, M. A., lat 28, podano 20 kr. neopancarpiny po 22 godzinach zatrzymania moczu po porodzie, bez skutku. Po godzinie podano 10 kr. Mocz oddała po 25 minutach.

23. Położnicy, K. W., lat 29, podano 20 kr. neopancarpiny po 3 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Przed podaniem leku czuła silną potrzebę oddania moczu. Mocz oddała po 15 minutach.

24. Położnicy, B. A., lat 33, podano 20 kr. neopancarpiny po 13 godzinach zatrzymania moczu po porodzie, bez skutku. Po godzinie podano 10 kr. Mocz oddała po 55 minutach.

25. Położnicy, K. M., lat 24, podano 20 kr. neopancarpiny trzeciego dnia po porodzie, w dniu tym bowiem nie oddała moczu w ciągu 13 godzin. Wobec braku wyniku dodatniego po godzinie podano znów 10 kr. Mocz oddała po 45 minutach. Przed podaniem leku stwierdzono wypełniony pęcherz moczowy.

26. Położnica, K. M., lat 17, oddawała normalnie mocz w ciągu czterech dni po porodzie. Piątego dnia nie oddała moczu w ciągu 13 godzin. Podano 20 kr. neopancarpiny. Mocz oddała po 30 minutach.

27. Położnicy, A. J., lat 25, podano 20 kr. neopancarpiny po 25 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 15 minutach. Przed podaniem leku czuła potrzebę oddania moczu.

28. Położnicy, J. K., lat 23, podano 20 kr. neopancarpiny po 11 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 25 minutach.

29. Położnicy, J. M., lat 30, podano 20 kr. neopancarpiny po 18 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 20 minutach.

Przed podaniem leku czuła potrzebę oddania moczu.

30. Położnicy, B. G., lat 35, podano 20 kr. neopancarpiny po 18 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po kilku godzinach.

31. Położnicy, B. E., lat 26, podano 20 kr. neopancarpiny po 24 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 35 minutach. (Ślinotok).

32. Położnicy S. K., lat 32, podano 20 kr. neopancarpiny po 7 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 15 minutach. Przed podaniem leku, czuła potrzebę oddania moczu.

33. Chorej Z. H., lat 33, wykonano wyskrobanie macicy po niecałkowitem poronieniu. W ciągu 9 godzin nie oddała moczu, pomimo, że czuła potrzebę. Podano 20 kr. neopancarpiny. Mocz oddała po 30 minutach.

34. Położnicy, K. J., lat 34, podano 20 kr. neopancarpiny po 11 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 10 minutach. Przed podaniem leku stwierdzono wypełniony pęcherz moczowy.

35. Położnicy, H. F., lat 33, podano 20 kr. neopancarpiny po 23 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po kilku godzinach. (Ślinotok).

36. Położnicy, N. E., lat 22, podano 20 kr. neopancarpiny po 20 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Moczu nie oddała. Cewnikiem odprowadzony i zbadany mocz nie wykazał zmian patologicznych.

37. Położnicy, G. S., lat 22, podano 20 kr. neopancarpiny po 12 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 40 minutach.

38. Położnicy, B. W., lat 27, podano 20 kr. neopancarpiny po 17 godzinach zatrzymania moczu po porodzie, bez skutku. Po godzinie podano znów 10 kr. Moczu nie oddała. Odprowadzony cewnikiem i zbadany mocz nie wykazał żadnych zmian patologicznych.

39. Położnicy, K. A., lat 31, podano 20 kr. neopancarpiny po 13 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 10 minutach. Przed podaniem leku czuła potrzebę oddania moczu.

40. Położnicy, Z. L., lat 29, podano 20 kr. neopancarpiny po 12 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 10 minutach.

41. Położnicy, R. M., lat 27, podano 20 kr. neopancarpiny, po 20 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 40 minutach.

42. Położnica, F. L., lat 24, pierwszego dnia po porodzie sama mocz oddała, poczem w ciągu godzin 20 moczu oddać nie mogła. Podano 20 kr. neopancarpiny. Mocz oddała po 20 minutach. (Ślinotok).

43. Położnicy, Z. W., lat 19, podano 20 kr. neopancarpiny w zatrzymaniu moczu 4 godziny po porodzie. Moczu nie oddała. W czasie porodu oddała mocz.

44. Położnicy, G. K., lat 23, podano 20 kr. neopancarpiny 4 godziny po porodzie. Moczu nie oddała. W czasie porodu mocz odprowadzono cewnikiem.

45. Położnicy M. O., lat 36, podano 20 kr. neopancarpiny po 18 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 30 minutach.

46. Położnicy, M. A., lat 26, podano 20 kr. neopancarpiny po 20 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 25 minutach.

47. Położnicy, W. Z., lat 28, podano 20 kr. neopancarpiny po 10 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 15 minutach.

48. Położnicy, R. J., lat 34, podano 20 kr. neopancarpiny po 12 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 20 minutach. Przed podaniem leku czuła potrzebę oddania moczu.

49. Położnicy, R. G., lat 26, podano 20 kr. neopancarpiny po 19 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 50 minutach.

50. Położnicy, W. J., lat 26, podano 20 kr. neopancarpiny po 20 godzinach zatrzymania moczu po porodzie. Mocz oddała po 25 minutach.

Jak z przytoczonych 50 przypadków wynika stosowaliśmy neopancarpinę w zatrzymaniu moczu po porodzie, od 4 do 24 godzin. W jednym tylko przypadku (12), podano neopancarpinę po 40 godzinach. Czas oddawania moczu po neopancarpinie zaokrąglaliśmy do 5 minut. Z doświadczeń naszych wynika, że podawanie neopancarpiny w pierwszych kilku godzinach po porodzie nie daje rezultatów pomyślnych, w prawidłowo bowiem prowadzonym porodzie, pęcherz jest dokładnie opróżniany. Kilka zaś godzin po porodzie nie wpływa na zebranie się większej ilości moczu w pęcherzu. (Przyp. 43, 44.)

W tych jednak przypadkach, gdzie po porodzie pęcherz jest z tych czy innych przyczyn wypełniony, względnie, gdy położnica podkreśla potrzebę oddania moczu, a sama uczynić tego nie może, możemy osiągnąć neopancarpiną dobre wyniki, także tuż lub w kilka godzin. po porodzie. (Przyp. 10, 23, 32). W celu ustalenia najodpowiedniejszej dawki neopancarpiny stosowaliśmy ją u położnic po 15 i 20 kropel.

Dawka 15 kropel okazała się zamałą. We wszystkich przypadkach po podaniu 15 kropel neopancarpiny, położnice oddawały mocz od trzech, do dziewięciu godzin po zastosowaniu leku. (Przyp. 14, 15, 16, 17, 19, 20). Wynik ten uważać należy za ujemny. Zestawiając wyniki osiągane po 15 i 20 kroplach neopancarpiny, uważamy dawkę 20 kropel za najodpowiedniejszą u położnic od 19 do 40 roku życia. Bardzo osłabionym położnicom wskazane jest podawać dawki mniejsze, w odstępach kilkugodzinnych, dwa razy.

Z przytoczonych 50 przypadków, najszybciej oddały mocz po jednorazowem podaniu 20 kropel neopancarpiny położnice:

Nr. 1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18, 21, 23, 27, 28, 29, 34, 39, 40, 42, 46, 47, 48, 50. Wszystkie wspomniane położnice oddały mocz po 10 do 25 minutach. We wszystkich prawie wspomnianych przypadkach, położnice albo czuły potrzebę oddania moczu, a uczynić tego nie mogły, albo też badaniem stwierdzono znacznie wypełniony pęcherz moczowy, przed zastosowaniem neopancarpiny. Takie właśnie położnice uważamy za najbardziej nadające się do zastosowania neopancarpiny, w tych też przypadkach uzyskujemy najlepsze wyniki. Położnice Nr. 30 i 35 mocz oddały po kilku godzinach. Położnice Nr. 36 i 38 moczu nie oddały po jednorazowem użyciu 20 kropel neopancarpiny. Cewnikiem odprowadzony w obu przypadkach i zbadany mocz, nie wykazał zmian patologicznych, mogących świadczyć o schorzeniu pęcherza moczowego. W przypadkach 22, 24, 25, położnice oddały mocz po dwurazowem zastosowaniu neopancarpiny. We wspomnianych przypadkach podano na początku 20 kropel neopancarpiny. Wobec braku efektu po godzinie podano znów 10 kropel z dobrym skutkiem. W przypadkach zatem, gdzie po jednorazowem zastosowaniu 20 kropel neopancarpiny, nie uzyskujemy dobrego wyniku, wskazanem jest dodatkowe zastosować, po godzinie lub dwu 10 kropel.

Szybkość działania neopancarpiny, jest indywidualna, zarówno co do dodatniego jak i ujemnego (ubocznego) działania.

Nie wszyscy reagują jednakowo i jednakowo szybko.

Brak dodatniego wyniku w nielicznych zresztą przypadkach, po jednorazowem podaniu neopancarpiny, tłomaczyć można wyjątkowo słabą reakcją niektórych położnic na wspomniany lek. Być też może, że zmiany w pęcherzu moczowym i zakończeniach nerwowych ścian pęcherza, spowodowanych czynnością porodową są w niektórych przypadkach tak znaczne, że wobec nich działanie neopancarpiny, okazuje się zbyt słabe; że niektóre osoby słabo reagują na neopancarpinę dowodzą między innemi dwa przypadki podania położnicom przez omyłkę 30 kropel. W obu przypadkach nie obserwowaliśmy żadnej osobliwej reakcji, żadnego ubocznego działania. Nie dowodzi to jednak, że neopancarpinę można bezkarnie w tak dużych dawkach stosować. *Sowiakowski,* opierając się na spostrzeżeniach, że neopancarpina w schorzeniach pęcherza moczowego działa o wiele gorzej, niż w przypadkach, gdzie pęcherz moczowy jest zdrów, wyraża przypuszczenie, że neopancarpina działa na układ autonomiczny ściany pęcherza moczowego.

W spostrzeganych przez nas przypadkach nie spotykaliśmy schorzeń pęcherza i w sprawie jak działa neopancarpina na układ autonomiczny ściany pęcherza, czy też na układ centralny, w obecnym stanie naszych spostrzeżeń, wypowiedzieć się nie możemy. Wyjaśnienie tej kwestji wymaga, zdaniem naszem, specjalnych doświadczeń, w celu stwierdzenia czy neopancarpina działa na pęcherz moczowy, po przecięciu rdzenia poniżej ośrodków pęcherza moczowego.

Badanie moczu u położnic, zarówno po jednorazowym jak i kilkudniowem stosowaniu neopancarpiny, nie wykazało zmian patologicznych. Z objawów ubocznych po stosowaniu neopancarpiny obserwowaliśmy obecnie się (przyp. 9, 16, 17, 22, 33), ślinotok (przyp. 31, 35, 42). W jednym przypadku (42) obserwowaliśmy nieznaczne osłabienie.

Reasumując spostrzeżenia nasze nad 50 przypadkami stosowania neopancarpiny w zatrzymaniu moczu po porodzie, uważamy, że środek ten w bardzo wielu przypadkach z powodzeniem stosować można jako dobry lek moczopędny.

Piśmiennictwo:

1. *J. Sowiakowski.* Zatrzymanie pooperacyjne moczu i jego leczenie zapomocą neopancarpiny. (Wiedza Lekarska XI. 1934).

2. *W. Bross i P. Kubikowski:* Wpływ prostigminy w wypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu, oraz badania doświadczalne nad działaniem jej na pęcherz moczowy u zwierząt (P. G. Lek. Nr. 21. 1935 r.).

3. *T. Zawodziński:* Prowadzenie połogu. (Wiedza Lekarska IX. 1935).

4. *H. Dennik.* Die innervation der Harnblase. Verlag. J. Springer 1926.

5. *Mayer und Gotlieb.* Experimentelle Pharmakologie.

6. *O Oertel.* Anatomie, Histologie und Topographie des weiblichen Urogenitalapparates. Halban — Seitz. T. I.

7. *Halban:* Algemeine Symptomatologie und Diagnostik in der Frauenheilkunde. Halban — Seitz. T. II.

8. *Latzko und Shiffman:* Erkrankungen des weiblichen Harnapparates und ihre Beziehungen zu den weiblichen Generationsorganen. Halban—Seitz T. VIII. cz. I.

STANNOXYL

TABLETKI, AMPUŁKI à 2 cc. (DOMIĘŚNIOWO)

ZAWIERA TLENEK CYNY I CYNĘ METALICZNĄ

Niezawodny w leczeniu stanów zakaźnych, spowodowanych przez **gronkowce**, jak:

Czyraki, wąglik, figówka, trądzik, jęczmień, ropień sutka u kobiet karmiących.

DAWKOWANIE — PRO DIE.

D o u s t n i e: tabletki 4 — 8 dla dorosłych, 2 — 4 dla dzieci.
D o m i ę ś n i o w o: 4 cc. dla dorosłych 1 — 2 cc. dla dzieci.



ATURAL

Surowica przeciwpodpuszczkowa, cytrynian trójsodowy, sacharoza.

UŁATWIA TRAWIENIE MLEKA U DZIECI i DOROSŁYCH
USUWA WSZELKIE OBJAWY NIETOLERANCJI MLEKA
JAK: BIEGUNKI, WYMIOTY i T. P.
LECZY NIEŻYTY PRZEWODU POKARMOWEGO OSESKÓW

DAWKOWANIE: 1 miarka na 100 gr mleka przestudzonego

Próby i Literatura na żądanie WPP. lekarzy.

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA · KALISKA 9 · TEL · 9-24-39, 9-30-42

L. WŁODARCZYK

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Objawy nerkowe nadczynności przytarczyc. (Les signes renaux de l'hyperparathyroidisme). Leriche et Jung.

Presse Médicale. Nr. 41 1936.

Nadczynność przytarczyc jest chorobą ogólna, gdyż oswabadzanie się większych ilości wapnia pociąga za sobą powikłania skórne, mięśniowe, tętnicze, a także i nerkowe. Chorzy z nadtarczycznością wydzielają nadmierne ilości wapnia z moczem. Na tym tle powstaje nefroza powikłana kamicą lub bez niej, sprawa wikła się nieraz w następstwie zakażeniem. Autorzy przytaczają przypadek chorego, który od wielu lat cierpiał na kamicę nerkową i stale wydzielał mocz z obfitym, białawym osadem. Badanie kliniczne wykazało wyraźną osteoporozę kręgosłupa, nadgarstków, kości udowej, etc. Poziom wapnia we krwi był podwyższony. Analiza chemiczna kamieni nerkowych, wydzielinach od czasu do czasu przez chorego, wykazała, że składały się one głównie z fosforanu wapnia. U chorego usunięto obustronnie przytarczyczki. Po zabiegu obniżył się poziom wapnia we krwi, wszystkie objawy bólowe ustąpiły, stan ogólny się poprawił, znikł również białawy osad z moczu.

Autorzy zwracają uwagę, że we wszystkich przypadkach kamicy nerkowej należy pamiętać o badaniu przytarczyczek.

Leczenie dychawicy oskrzelowej wstrząsem insulinowym. (Le traitement de l'asthme bronchique par les chocs insuliniques). Węgierko.

Presse Médicale. Nr. 36. 1936.

Autor opisuje wstrząs insulinowy, jego działanie na chorych w okresie duszności, technikę tego sposobu leczenia i jego wyniki. Wstrząs insulinowy przerywa atak dychawicy, jednakże działanie insuliny zaznacza się u jednych chorych bardzo szybko, u innych występuje dopiero po dwóch, a czasami nawet po 3 godzinach, również objawy i intensywność wstrząsu bywają różne. Objawem dominującym u wszystkich chorych jest uczucie głodu, u innych przeważa pocenie się, lub drżenie członków, senność, bicie serca, zaburzenia wzroku lub niepokój. Różni chorzy reagują czasami różnie na te same dawki insuliny. Autor tłomaczy zmienność objawów, nawet przy tych samych dawkach insuliny, zmiennością napięcia układu wegetatywnego w chwili wstrzyknięcia. Naogół chorzy nie odczuwają w sposób bardzo przykry objawów wstrząsu, samopoczucie ich jest dobre, i choć autor zaleca pozostanie w łóżku w ciągu dnia wstrząsu, chorzy, uważając się za zdrowych, nie stosują się naogół do tego zlecenia. Autor uważa obecność lekarza za konieczną tylko przy pierwszym wstrząsie. Wstrząs stosuje się w przypadkach dychawicy typowej, nie powikłanej cierpieniami płucnemi lub objawami ze strony narządu krążenia, u ludzi niezbyt starych. Insulinę wstrzykuje się podskórnie na czczo 6 — 7 godzin po ostatnim posiłku, w ilości około 40 jednostek, najlepiej w czasie ataku. Jeżeli atak występuje po obfitych posiłkach, powiększa się dawki insuliny do 60,80, a nawet 100 jednostek. W czasie ciężkich ataków można wstrzykiwać insulinę dożylnie w dawce wynoszącej połowę zwykłej dawki, na czczo 20, po posiłkach 30, 40, 50 jednostek, zależnie od rodzaju posiłku. Jednakże autor nie zaleca wstrzyknięć śródżylnych, ich działanie ma być krótsze, ataki dychawicy wracają szybciej, niż po zwykłem podskórnem wstrzyknięciu.

Wstrząs przerywa się z chwilą gdy zmniejszają się objawy duszności. Wstrząsy nieco przedłużone działają korzystnie na chorych, naogół jednak przerywa się wstrząs podaniem kilku łyżeczek cukru w herbacie (około 40 gr.) po 2 — 3, wyjątkowo po czterech godzinach. Po pierwszym wstrząsie należy zanotować, kiedy objawy duszności zaczynają się pokazywać na nowo, wtedy jest pora do zastosowania drugiego wstrząsu. Jeżeli duszność po pierwszym wstrząsie nie zjawia się przez czas dłuższy należy uważać te przypadki za lżejsze, czasami jednak pomimo szybkiego powrotu ataku duszności po pierwszym wstrząsie, ataki znikają na kilka miesięcy po kilku wstrząsach. Ogólna ilość wstrząsów, stosowanych w zależności od ciężkości przypadku, waha się od 15 — 20. Poprawa występuje naogół po 5 — 7 wstrząsach, częstość, czas trwania i nasilenie ataków się zmniejszają. Wstrząsy powtarzają się mniej więcej co 3 — 5 dni.

Wstrząsy insulinowe zalecane przez autora różnią się od wstrząsów, stosowanych leczniczo w przypadkach schizofrenji i morfinizmu, gdyż w tych ostatnich stanach stosowano wstrząsy bardzo ciężkie, zaś wstrząsy zalecane przez autora mają charakter lekki. Autor podkreśla dwa fakty zasadnicze: po pierwsze zalecane przez niego wstrząsy insulinowe przerywają ataki dychawicy oskrzelowej, po drugie zmieniają one charakter dychawicy, gdyż po kilku wstrząsach ataki stają się rzadsze i łagodniejsze, a czasami nawet znikają całkowicie; dziś jednak nie można jeszcze powiedzieć czy za pomocą tej metody da się całkowicie wyleczyć dychawicę oskrzelową.

Autor nie przypuszcza, zastanawiając się nad sposobem działania insuliny, że jej wpływ działa drogą wtórnego pobudzenia wydzielania adrenaliny, ale insulina działa przez sam mechanizm wstrząsu, w czasie którego występują bardzo wybitnie objawy podrażnienia nerwu błędnego. W końcu autor zaznacza, że wstrząsy insulinowe mogą mieć działanie lecznicze i w innych cierpieniach powstających drogą uczulenia, a także w stanach bólowych takich jak w kamicy nerkowej, żółciowej, etc.

Pobudliwość serca młodzieży w okresie dojrzewania jako wyraz lekkiego wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej. (L'erethisme cardiaque des adolescents, expressions cliniques d'une stenose congenitale légère de l'artère pulmonaire). R é n é B é n a r d.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris. Nr. 14. 1936.

Autor przedstawia wyniki swoich dziesięcioletnich spostrzeżeń nad przypadkami dolegliwości sercowych, które się zwykło dotychczas określać jako nadmierną pobudliwość serca. Dolegliwości te zaczynają się nieraz w dzieciństwie około 8 — 10 roku życia i trwają do 22 — 25 roku. Autor, może przypadkowo, badając więcej młodzieńców, niż dziewcząt, stwierdził te dolegliwości częściej u chłopców, niż u dziewcząt. Młodzież ta skarży się na wysiłkową duszność, bicie serca, wreszcie uczucie jakby utrudnienia oddychania nieraz nawet w spokoju lub też po nieznacznym wysiłku. Badanie fizykalne wykazuje prawidłowe granice serca, uderzenie koniuszkowe jest nieraz podnoszące, energiczne; w drugim międzyżebrzu na lewo od mostka, w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej stwierdza się szmer skurczowy, niezależny od ruchów oddechowych, znacznie silniejszy w położeniu leżącem, niż stojącem, a czasem nawet niesłyszalny w czasie stania. Cechą charakterystyczną tego szmeru jest, że nieraz znika on po 2 — minutach leżenia, zjawia się znowu po wstaniu i ponownem położeniu się. Objawów niewydolności krążenia się nie stwierdza, jednakże jednostki te wykazują najczęściej objawy zaburzenia równowagi wegetatywnej. Wzmożone napięcie nerwu współczulnego jest rzadkie, natomiast często stwierdza się wyraźną przewagę nerwu błędnego. Badania nad układem wegetatywnym przeprowadzał autor za pomocą odruchu oko-sercowego.

Względnie często stwierdza się wady rozwojowe. Szczególnie ciekawe i charakterystyczne wyniki otrzymuje się za pomocą prześwietlenia serca. Najczęściej jest to serce małe, typu serca kroplowego. Nieraz serce zmienia swój kształt przy wdechu i wydechu, wydłużając się przy wdechu, rozkładając jakby i rozszerzając się przy wydechu. Skurcze serca są energiczne i mocne. Przedsionek lewy nie jest nigdy powiększony. Nigdy nie spotyka się poważniejszych zmian elektrokardiograficznych, natomiast dość często są pewne anomalje krzywych. Anomalje te wyrażają się w odprowadzeniu I i II nadmiernem powiększeniem wzgórka T, najczęstsze są one jednak w odprowadzeniu III, przyczem najczęściej fala T jest odwrócona lub dwufazowa. Nieraz także zmiana dotyczy i fali P, która również bywa odwrócona. Czasami także w tem odprowadzeniu zmieniony jest i kompleks QRS, wykazując całkowite jakby rozdwojenie. Autor z naciskiem podkreśla, że zmiany krzywej, choć stwierdzane w 3-im odprowadzeniu, pozostają jednak latami niezmienione, co odbiera im charakter przypadkowości.

Autor odróżnia 3 kliniczne typy nadmiernej pobudliwości serca.

Pierwszy przypadek dotyczy chorych, którzy nie mają żadnych dolegliwości sercowych. U osób tych tylko przypadkowo w czasie badania lekarskiego przy przyjęciu do wojska lub szkoły stwierdza się energiczną czynność serca, szmer skurczowy nad tętnicą płucną, wagotonię, etc. Postać ta nie przechodzi nigdy do następnej grupy .

W grupie drugiej występują dolegliwości subjektywne w postaci bicia serca i duszności po wysiłku. Nieraz dolegliwości sercowe znikają po kilku latach, pomimo, że wyniki badania radiologicznego i rentgenologicznego pozostają te same, w innych przypadkach dolegliwości sercowe trwają latami.

W rzadkich przypadkach, które autor zalicza do grupy trzeciej, z której cytuje tylko jeden przypadek, pobudliwość serca przebiega z objawami niewydolności.

Autor stwierdza, że najczęstsze objawy wzmożonej pobudliwości serca: silny smer skurczowy nad tętnicą płucną, zmiany elektrokardiograficzne (odwrócenie P, odwrócenie T, rozdwojenie QRS), znajdują się również przy zwężeniu tętnicy płucnej. Dolegliwości opisywane przez autora są bardzo częste, a zwężenie tętnicy płucnej uważane jest za cierpienie rzadkie i niezgodne z dłuższym życiem, jednak nowsze badania i spostrzeżenia przemawiają za tem, że zwężenie tętnicy płucnej jest podobnie, jak choroba Roger'a i otwarty przewód Botalla, jednem z tych wrodzonych cierpień serca, które nie skracają życia, a nawet pozwalają na ciężką pracę. Sinica, co do której przypuszczano, że towarzyszy niezmiennie zwężeniu tętnicy płucnej, nie jest również według nowszych spostrzeżeń jej nieodwołalnym towarzyszem. Zmienny charakter szmerów nie przemawia przeciwko zwężeniu tętnicy płucnej, gdyż i szmery organiczne mogą mieć charakter zmienny, zresztą zwężenie tętnicy płucnej może nawet przebiegać bez szmeru, a wtedy silny skurcz i pobudliwość serca mogą przemawiać za zwężeniem, nawet gdy niema szmeru. Wreszcie w literaturze często zaznaczano równoczesne występowanie zwężenia tętnicy płucnej z innemi wadami rozwojowemi, co odpowiada również stwierdzonym przez autora wadom rozwojowym przy nadmiernej pobudliwości serca.

Rozpoznanie jest szczególnie trudne, jeżeli chodzi o odróżnienie od zwężenia lewego ujścia żylnego. Przy tem ostatniem jednak lewy przedsionek jest rozszerzony.

Rokowanie jest bardzo dobre i według autora cierpienie nie zasługuje nawet na nazwę choroby. Jeżeli sprawa jest stwierdzona tylko przypadkowo, jeżeli przebiega bez żadnych zmian czynnościowych, autor nie zwraca na nią żadnej uwagi, uważając tych ludzi za zdrowych. Przy zaburzeniach czynnościowych, jeżeli komora prawa jest rozszerzona, co się spotyka rzadko, chorzy nie mogą pełnić służby wojskowej, ani żadnej innej cięższej pracy. Jeżeli prawa komora jest prawidłowa, służba wojskowa jest dozwolona, jednak z warunkiem unikania ćwiczeń ciężkich. Młodzież tą, jeżeli chodzi o wybór zawodu, należy kierować do zawodów lżejszych. Kierując tą młodzież do wojska trzeba pamiętać, że dając możliwy materjał wojskowy w czasie pokoju, w czasie wojny z pewnością należeć będzie ona do grupy mniej odpornej z sercem pobudliwem.

Niema żadnego leczenia przy braku dolegliwości czynnościowych. Nie należy nawet uświadamiać badanego o pewnych zmianach jego serca. W razie stwierdzenia dolegliwości czynnościowych zaleca się leczenie zwykłe środkami uspakajającemi, gardenalem, belladonną, passiflorą, walerianą, etc.

Wstrzykiwania śródskórne histaminy w leczeniu bólów i przykurczów w przebiegu gośćca ostrego i przewlekłego. (Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des rhumatismes aigus et chroniques). Weissenbach et Perles.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hop. de Paris. Nr. 15. 1936.

Leczenie histaminą za pomocą wstrzykiwań głębokich wywołuje nieraz wstrząsy z powodu spadku ciśnienia krwi, znacznego obwodowego rozszerzenia naczyń, etc., stosowanie histaminy za pośrednictwem iontoforezy jest niedogodne, gdyż wymaga zawsze pomocy specjalisty. Z tego też względu autorzy zwrócili uwagę na śródskórne zastosowanie histaminy. Autorzy stosują rozczyn histaminy, zawierający ½ mgr. dwuchlorku histaminy na 1 cm³., do roztworu tego dołączają środek znieczulający miejscowo, fenylo-propionatopara-amino-benzoil-amino-etanol, w ilości 0.005 na 0.0005 mg histaminy. Autorzy wstrzykują śródskórnie, jednorazowo ¼ lub ½ mg. histaminy. Wstrzyknięcia robi się możliwie blizko bolesnej okolicy, czasami wzdłuż bolesnego nerwu, codzień lub co drugi dzień, ogółem, zależnie od osiągniętych wyników, 8 — 10 wstrzyknięć. W miejscu wstrzyknięcia występuje odczyn w postaci pokrzywki, odczyn ogólny wyraża się zaczerwienieniem twarzy i uczuciem ciepła. Ból stawu lub nerwu znika naogół bardzo szybko, czasami całkowicie; w miejscu bolesnem nieraz występuje swędzenie, czasami uczucie ciepła; równocześnie z bólem znikają i przykurcze mięśniowe, szczególnie gdy były one wywołane bólami. W innych przypadkach po kilku lub kilkunastu godzinach ból znowu powraca. Autorzy zastosowali ten sposób leczenia w 40 przypadkach różnych spraw stawowych i nerwobólowych i u 85% chorych otrzymali wyniki pomyślne, jednakże zwracają uwagę, że o ile po 10 wstrzyknięciach nie spostrzega się poprawy, niema celu stosować dalej tego samego sposobu leczenia. Dziś jeszcze nie można powiedzieć jak długo trwa korzystny wpływ histaminy.

Radioterapja w małych dawkach w leczeniu pewnych stanów nerwowo-bólowych. (Radiotherapie à petites doses dans le traitement de certaines algies). Coste Ronneaux, Desgrez et Fauvet.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 16. 1936.

Radioterapia odgrywa obecnie bardzo poważną rolę w leczeniu różnych nerwobólów. Stosowano naogół w tych przypadkach dawki małe, nie przekraczające w czasie jednego posiedzenia 75 — 250 r., dochodzące w całości do 1000 — 2500 r. Naogół następuje po tych dawkach szybka poprawa, czasami jednak wyraźne i znaczne pogorszenie. Przypuszczano, że mniejsze dawki nie będą miały działania leczniczego, jednakże wbrew oczekiwaniu pokazało się, że nawet stosowanie bardzo małych dawek, nie przekraczjących kilku r, ma po kilku posiedzeniach wpływ leczniczy. Autorzy zastosowali u 97 chorych ze sprawami stawowemi, nerwobólami i bólami mięśniowemi te małe dawki i znajdują, że metoda nie będąc niezawodną, daje jednak często dobre wyniki, nie narażając chorych na reaktywne zwiększanie się bólu po naświetlaniach, nie grożąc powikłaniami w przyszłości. W razie niepowodzenia małych dawek pozostaje przy tem zawsze możność zastosowania dawek większych ,a stosując początkowo dawki małe można wybadać jaka jest wogóle wrażliwość chorego na promienie R. W przypadkach, w których małe dawki nie wystarczają, należy leczenie radiologiczne połączyć z leczeniem przyczynowem nerwobólów oraz z innemi metodami, stosowanemi w ich leczeniu.

Promienie R wywołują w ognisku naświetlanem miejscowo alkalozę tkanki, prawdopodobnie naskutek rozkładu proteinów pod działaniem zaczynów, oswobodzonych ze zniszczonych leukocytów. Kwaśne produkty tego rozpadu zostają wydalone przez nerki, zasady pozostają w ustroju. Zasadnicze więc działanie radioterapji polega na jej wpływie chemicznym, gdyż można przypuszczać, że bliżej nieokreślone produkty rozpadu tkanki działają na końcówki nerwowe w ognisku bólowem, zmniejszając ich wrażliwość bólową.

Leczenie allergji żołądkowej i nieżytów żołądka przez produkty ultrafiltracji potraw wyzwalających. (Le traitement de l'allergie gastrique et de la gastrite érosive par les produits d'ultrafiltration du repas dechainant). Thiers et Chevalier.

Presse Médicale. Nr. 36. 1936.

Autorzy zastanawiają się czy pokarmy, wywołujące objawy ogólnego uczulenia lub też tylko objawy dyspeptyczne, mają wpływ bezpośrednio uczulający, czy też wpływ ten posiadają dopiero produkty wtórne, wyzwolone ze spożytego pokarmu przez trawienie żołądkowe, lub też przez wpływ zaczynów jelit, trzustki, etc. Klinicznie niektóre objawy występują tak szybko po spożyciu pokarmów, że należy przypuszczać, iż działa tu sam pokarm jako taki, bez wpływu czynników trawiennych. Naogół jednak objawy uczulenia występują później, około półgodziny lub godzinę po spożyciu pokarmu. Według autorów czas ten odpowiada oswobodzeniu z pokarmów przez działanie trawienne pepsyny jednego lub kilku ciał, wyzwalających objawy uczulenia. Wchodzą tutaj w grę histamina ,powstająca z histidiny białek pokarmowych (ciało to nie wchodzi jednak w rachubę, gdyż powstaje ono dopiero pod działaniem drobnoustrojów przewodu pokarmowego), dalsze produkty odbudowy białek, które pozostają bez działania u jednostek prawidłowych, wyzwolić jednak mogą objawy uczulenia u jednostek wrażliwych, wreszcie ciała uczulające mogą się wytworzyć z ciał tłuszczowych i tłuszczowatych, zawartych w pokarmach. Możliwe jest również w przypadkach późnych, skórnych objawów, że ciała wyzwalające wytwarzają się dopiero w skórze.

Badania doświadczalne właściwości uczulających produktów trawienia białka wykazały, że produkty trawienia białka, mające chemicznie charakter złożony, mają wszystkie właściwości antygenów, t. zn., że mogą tak przygotowywać, jak i wyzwalać objawy uczulenia, natomiast produkty tej odbudowy o prostym składzie chemicznym zatraciły zdolność przygotowania, zachowując zdolność wyzwalania objawów uczulenia. Zachowują się one jako t. zw. antygeny częściowe

czyli hapteny. Produkty trawienia jelitowego są chemicznie znacznie bardziej posunięte w swej odbudowie ,niż produkty trawienia żołądkowego, a równocześnie są tu ciała, które zatraciły całkowicie właściwości antygenów, nie posiadają one ani zdolności przygotowania, ani wyzwolenia objawów uczulenia. Wyniki badań autorów potwierdzają w całości te spostrzeżenia nad właściwościami produktów odbudowy ciał białkowych.

Autorzy badali działanie produktów ultrafiltracji mleka lub jaj, lub też jednego i drugiego. W tym celu podawali autorzy chorym potrawę, wyzwalającą objawy uczulenia, głównie mleko gotowane lub też mleko i jaja, następnie po godzinie wydobywali treść żołądka, którą poddawali ultrafiltracji i następnie uczulali nią świnki morskie, poczem starali się tym samym produktem ultrafiltracji wyzwolić wstrząs. Doświadczenia te wykazały, że produkty ultrafiltracji zatraciły właściwości uczulania zwierząt, że posiadają jednak zdolność wyzwalania wstrząsu u zwierząt uczulonych mlekiem. Chorzy uczuleni w stosunku do mleka mają dodatnie odczyny skórne z produktami ultrafiltracji, po powtarzaniu wstrzyknięć doskórnych odczyny te jednak zmniejszają się i znikają. Ultrafiltraty produktów trawienia żołądkowego są środkami, działającemi silnie odczulająco, nawet w przypadkach nieżytów żołądka, których natura uczuleniowa nie jest zawsze wyjaśniona. Wpływ tych ciał wyraża się szczególnie uspokojeniem objawów bólowych.

Badanie wydzielania zewnętrznego trzustki za pośrednictwem sekretyny oczyszczonej. (Exploration de la fonction pancréatique externe par l'épreuve à la secretine purifiée). B o l g e r t.

Paris Médical. Nr. 20. 1936.

Dotychczasowe badania wydzielania zewnętrznego trzustki nie były dokładne, gdyż próby za pomocą ciał wprowadzanych do dwunastnicy nie dawały jednoznacznych wyników. Autor uważa, że próba z sekretyną oczyszczoną pozwala w sposób dokładniejszy na ocenę czynności trzustki. Próbę tę wykonuje się w sposób następujący. Rentgenologicznie sprawdza się czy sonda znajduje się w dwunastnicy, czego dowodzi również wygląd treści, gdy jest ona barwy złotawej i przejrzysta (żółć A). Aby opróżnić dwunastnicę i zapobiec rozcieńczeniu soku trzustkowego przemywa się dwunastnicę zimnym, a także gorącym rozczynem siarczanu magnezu, poczem czeka się do chwili ustania odpływu żółci, a następnie wstrzykuje się śródżylnie 2 ampułki Hormo-duodiny Byla. Około 30 sekund po wstrzyknięciu badany ma uczucie gorąca w twarzy, w razie zmian patologicznych trzustki występuje w okolicach gruczołu przejściowy krótki ból. Czasami zaraz lub też z opóźnieniem 2 — 3 minut zaczyna się odpływ soku trzustkowego, płyn staje się bardziej ciągnący, i jaśniejszy. W ciągu 25 minut zbiera się co 5 minut próbki płynu, poczem odmierza się objętość każdej z próbek. W każdej z próbek oznacza się lipazę za pośrednictwem oliwy, oraz trypsynę za pośrednictwem żelatyny. (Taż sama praca z dokładniej podaną metodą „Presse Medicale" Nr. 22, 1936).

E. Reicher.

CHIRURGJA.

Przyczynek do powstawania zrostów otrzewnowych. (Mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. Etude experimentale). R. P e t i t.

Soc. de Chir. de Paris. Styczeń 1936.

Od kilku lat, przy wszelkich operacjach w jamie brzusznej, przed zaszyciem otrzewnej autor wlewał do jamy otrzewnej około 20 cm ogrzanej surowicy końskiej. Uważał on bowiem, że surowica ta jest czynnikiem, przyśpieszającym odbudowę tkanek, pobudzającym czynność układu siateczkowo-śródbłonkowego, a poza tem — tamującym krwawienie. Po pewnym czasie, w przypadkach powtórnych operacji u chorego, u którego przy pierwszym zabiegu pozostawiono w jamie brzusznej surowicę końską — zauważył autor brak jakichkolwiek zrostów otrzewnowych. Po licznych następnie doświadczeniach na królikach — doszedł on do następujących wniosków. Zarówno sieć, jak i jelito posiadają pewien różnoimienny potencjał elektryczny, przyczem ładunek sieci jest zawsze dodatni, jelita — ujemny. Napięcie, wytworzonego wskutek tego prądu wynosi 6 — 12 milliwoltów. Przy głębokich uszkodzeniach jelita różnica potencjałów wzrasta i przez to sieć, która na uszkodzenie jelita reaguje przekrwieniem i bierze czynny udział w gojeniu się rany — zgodnie z kierunkiem prądu przywiera silniej do miejsca zranionego jelita i przyrasta w ciągu 24 godzin. Surowica końska, natomiast, wlana do otrzewnej, zmienia kierunek prądu elektr. (ładunek sieci staje się ujemny, jelita — dodatni) i zmniejsza jego napięcie. W ten sposób stwarza warunki, nie sprzyjające powstawaniu zrostów otrzewnowych.

Wartości lecznicze anatoksyny gronkowcowej (A propos de l'anatoxine staphylococcique). J. L e v e u f.

Mem. de l'Acad. de Chir. Styczeń 1936.

Dodatnie wyniki leczenia anatoksyną swoistą błonicy i tężca skłoniły autora do prób leczenia zarażeń gronkowcowych podawaniem chorym swoistej anatoksyny. Autor przeprowadził te próby u dzieci w 10 przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego. Okazało się, że w przebiegu tego schorzenia zawartość przeciwciał w surowicy krwi chorych dzieci prawie się nie zmienia (z 0,5 jedn. na 1,25 jedn.); natomiast po podaniu podskórnem anatoksyny gronkowcowej — wzrasta ona kilkakrotnie. Autor wstrzykiwał anatoksynę w ilości ¼ — ½ — 1,0 cm^3 w odstępach 5-ciodniowych. Wzrost zawartości przeciwciał w surowicy następował dość szybko i ten wysoki poziom utrzymywał się jeszcze nawet po kilku miesiącach. Jednakże leczenie powyższe pozostawało bez wpływu na długotrwałość i przebieg cierpienia. Autor uważa, że w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego podawać należy zamiast anatoksyny — raczej czynną surowicę przeciw gronkowcom i to możliwie wcześnie (w ciągu 15 dni od początku choroby) w okresie ogólnego zakażenia ustroju.

Leczenie nowotworów pęcherza moczowego. (Le traitement du cancer de la vessie). Gauverneur et Dessot.

Le Presse Méd. Nr. 1, styczeń.

Nowotwory pęcherza są, jak wiadomo, schorzeniem ciężkiem, dającym duży odsetek śmiertelności, to też duże znaczenie ma tu wczesne rozpoznanie i zastosowanie odpowiedniego leczenia. W każdym przypadku krwiomoczu należy przeprowadzić dokładne badanie pęcherza zapomocą wziernikowania. Stwierdzenie istnienia jakichkolwiek wyrośli czy guzów o charakterze nawet łagodnym decyduje o usunięciu tego guza zapomocą elektrokoagulacji, bądź drogą operacyjną przez częściowe, a nawet całkowite wycięcie pęcherza. Tylko te dwa sposoby leczenia uważa autor za celowe. Leczenie radem czy też promieniami Roentgena nie daje tu spodziewanego wyniku. Elektrokoagulację stosuje autor w przypadkach nowotworów łagodnych, niedużych, znajdujących się w powierzchownych warstwach ściany pęcherza, na niewielkiej podstawie. Zabieg ten wykonywa jednorazowo, poczem w przeciągu conajmniej 3 miesięcy kontroluje wziernikiem stan pęcherza. Nowotwory dobrotliwe o większych rozmiarach lub na szerszej podstawie, jak również nowotwory złośliwe wymagają operacyjnego wycięcia części ściany pęcherza moczowego. Trudności techniczne operacji i jej wynik ostateczny uzależniają się całkowicie od rozległości, umiejscowienia i złośliwości guza. W 55% przypadków nowotwory rozwijają się w części najniższej pęcherza, koło ujść moczowodów, w 15% — w dnie pęcherza. Jeśli guz obejmuje okolicę obu ujść moczowodowych, jedynem racjonalnem postępowaniem jest całkowite wycięcie pęcherza z przeszczepieniem moczowodów do skóry. Przeszczepienie, bowiem, do jelit daje w następstwie dość szybko zakażenie nerek i zejście śmiertlne. W przypadkach zajęcia jednego tylko ujścia—po częściowem usunięciu pęcherza i podwiązaniu moczowodu — usuwa autor odpowiednią nerkę. W każdym przypadku autor stara się operować tylko w tkankach zdrowych—wycina tkanki szeroko, posługując się nożem elektrycznym. Jakkolwiek całkowite jak i częściowe wycięcie pęcherza jest zabiegiem trudnym, dającym dużą śmiertelność pooperacyjną i skazującym chorego — w przypadkach całkowitego wycięcia pęcherza — na trwałe nietrzymanie moczu — to jednak do obecnej chwili jest to jedyne właściwe postępowanie lecznicze w przypadkach nowotworu złośliwego pęcherza.

Sączkowanie ropniaków opłucnej zapomocą urządzenia syfonowego. (L'évolution du traitement chirurgical des pleurésies purulents aigues). R. Leibovici.

Bull. Génér. de Thérap. Nr. 10, 1935.

Autor omawia wady i zalety szeregu sposobów operacyjnego leczenia ropnego zapalenia opłucnej. Statystyka śmiertelności przypadków, operowanych przez autora, w porównaniu ze statystykami innych chirurgów wykazuje znacznie mniejszy procent śmiertelności pomimo to, że wśród jego chorych przeważają dzieci (na 351 przyp. — 233 dzieci). Zwykłe sączkowanie jamy ropniaka sączkiem gumowym, jak i sączkowanie przy szeroko otwartej opłucnej z wycinaniem żeber — uważa autor za niedostateczne, a nawet szkodliwe (pneumothorax). Po upewnieniu się tuż przed zabiegiem, zapomocą nakłucia, o obecności ropy w opłucnej, autor robi cięcie skórne na wysokości VIII lub IX przestrzeni międzyżebrowej, mniej więcej w linji łopatkowej. Miejsce to odpowiada żebrowo - kręgosłupowej zatoce opłucnej, gdzie płyn zalega najdłużej. Doszedłszy do mięśni międzyżebrowych autor szybko przekłuwa je wraz z opłucną ścienną i wprowadza sączek gumowy, nie dopuszczając do wniknięcia powietrza do jamy opłucnej. Sączek umocowuje do mięśni i skóry szwami silkowemi, a jego koniec zewnętrzny umieszcza w naczyniu z płynem Dakina, stojącem na ziemi (dla stworzenia różnicy poziomów między płynem z opłucnej i w naczyniu — urządzenie syfonowe). Jama ropniaka opróżnia się w ten sposób naogół dobrze, jednakże czasem zlepy opłucnowe lub gęstość wysięku mogą utrudnić to opróżnianie. W tym przypadku autor wstrzykuje do jamy ropniaka po 30 — 50 cm^3 roztworu Dakina 4 razy w ciągu 48 godzin w ten sposób, żeby każda porcja pozostała w jamie około 3 godzin (na ten czas sączek zatyka się). Po upływie 48 godzin płyn rozrzedza się — zlepy rozpuszczają się. Już na drugi dzień po zabiegu autor rozpoczyna ćwiczenia oddechowe, które ze względu na zachowaną całość żeber, nie są zbyt bolesne. Na 8 — 10 dzień sączek przestaje szczelnie przylegać do brzegów rany. Wobec polepszenia się stanu ogólnego i miejscowego sączkowanie syfonowe zmienia się na zwykłe i te utrzymuje się nawet do 3 tygodni, aż do ustąpienia wysięku. Całkowite leczenie trwa 20 — 50 dni.

Przyczynek do leczenia oparzeń roztworem tanniny (An sujet du traitement des brûlures par le tannin). E. Bernard.

Bull. et Mem. de la Soc. de Chir de Paris. Grudzień 1935.

Tanina jako lek, który nie może być otrzymany w sposób aseptyczny, zawiera zazwyczaj w roztworze pewien procent sublimatu jako antyseptyk. Działając na dużej powierzchni, łatwo i szybko wchłaniającej, może dać w rezultacie objawy zatrucia rtęcią. Ażeby uniknąć tego rodzaju powikłania, autor radzi zastąpić tu sublimat przez tlenocjanek rtęci (Hydrargyrum oxycyanatum), który nie rozpada się w organiźmie jak sublimat, a jest równie dobrym antyseptykiem. Roztwór taniny wg. autora przygotowuje się następująco: taniny 50,0, dwuwęglanu sodu 10,0, tlenocjanku rtęci 0,25, wody — do 1 litra. Roztwór ten przechowywany w szczelnych butelkach z ciemnego szkła w chłodnem miejscu może być używany w ciągu 2 dni.

Różne powikłania ze strony moczowodów po operacjach brzusznych na narządach rodnych. (A propos des lésions urétérales consécutives à certaines hystérectomies abdominales). R. Petit

Mem. de l'Acad. de Chir., marzec 1936.

Zauważono, że czasami w parę miesięcy a nawet lat po operacjach brzusznych na narządach rodnych zjawiają się uporczywe bóle w okolicy lędźwiowej, zwykle po jednej stronie, nasilające się od czasu do czasu. Okresom nasilenia towarzy-

szy często gorączka. Dokładne badanie układu moczowego u takich chorych wykazuje częściową niedrożność moczowodu, powodującą powstanie wodonercza, zapalenia miedniczek i t. p. Niedrożność ta wywoływana jest zagięciem moczowodu, zwykle na 8 — 10 cm powyżej jego ujścia do pęcherza. Stwierdza się ją zarówno przy badaniu moczowodu cewnikiem, jak również w czasie pyelografji wstępującej. Zagięcie to spowodowane bywa, wg. autora, bądźto podwiązaniem szypuły jajnika zbyt blisko ściany małej miednicy, bądź też nadmiernem przemieszczeniem do przodu tylnej blaszki wiązadła szerokiego — przy obszywaniu ubytków otrzewnej. Powyższe momenty powodują przeciągnięcie moczowodu ku wewnątrz z następowem jego zagięciem, a wytwarzająca się z czasem blizna pogarsza jeszcze ten stan. Odpływ moczu z odpowiedniej nerki zostaje utrudniony, powstają zmiany chorobowe w miedniczkach i nerce.

Leczenie tych powikłań polega na stopniowem rozszerzaniu moczowodu cewnikiem, a w razie zakażenia miedniczek — na przemywaniu ich płynem dezynfekującym.

O możliwościach wystąpienia tego powikłania należy zawsze pamiętać, zarówno w czasie dokonywania operacji na narządach rodnych, jak i w przypadkach pojawienia się bólów w okolicy lędźwiowej u kobiet, które przechodziły podobne zabiegi.

Wpływ dożylnych wstrzykiwań stężonych roztworów chlorku sodu na poziom chlorków we krwi. (L'hyperchlorémie provoqué). R. Macht F. Sciclounoff.

La Presse Med. Nr. 22, marzec 1936.

Spadek stężenia chlorków we krwi stwierdza się w przebiegu wielu chorób. Szerokie zastosowanie znajduje w tych przypadkach podawanie dożylne stężonych roztworów chlorku sodu. Autorzy przeprowadzili szereg badań, chcąc przekonać się, w jakim stopniu dożylne podanie chlorku sodu wpływa na jego poziom we krwi. Badania te prowadzili u osób zdrowych, u których poziom chlorków we krwi był w granicach normy, i u osób chorych — u których był poniżej normy. Okazało się, że u osób zdrowych w pierwszej minucie po jednorazowem wstrzyknięciu 8 gr Na Cl poziom chlorków we krwi znacznie się podniósł, po 15 minutach obniżył się do połowy, a po godzinie powrócił do stanu przed wstrzyknięciem. To samo wystąpiło i u osób chorych, z tą różnicą, że podniesienie się poziomu w pierwszej minucie było większe. Ponieważ w tak szybkim czasie chlorki nie mogą zostać wydalone z ustroju przez nerki, ani przejść do soku żołądkowego czy żółci, przypuszczać należy, że przechodzą one ze krwi do tkanek, — przedewszystkiem do płuc i nerek, znacznie mniej do wątroby i mięśni.

Trwałe podniesienie poziomu chlorków do normy u osób chorych uzyskali autorzy dopiero po kilkunastu codziennych wstrzykiwaniach (około 120 gr w ciągu 10 dni). Z doświadczeń tych nasuwa się następujący wniosek: poziom chlorków we krwi nie tyle zależy od ilości wstrzykniętych chlorków, ile od stanu nasycenia chlorkami tkanek ustroju — to też stosowane w tym celu dawki chlorku sodu muszą być duże, a leczenie to długotrwałe.

Jeśli z tych czy innych względów nie można określić zawartości chlorków we krwi, wystarczy praktycznie określić ich zawartość w moczu, gdyż spadkowi stężenia chlorków w moczu odpowiada zawsze niski ich poziom we krwi (przy zdrowych nerkach).

Urazowe rozerwanie spojenia łonowego. (Disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne). Jeanneney, Faucault.

Memoir. le l'Acad. de Chir., marzec 1936.

Przemieszczenie kości łonowych względem siebie, po rozerwaniu spojenia, może nastąpić w kierunku pionowym, poziomym lub strzałkowym. Przemieszczenie to może wystąpić: 1) jako odosobnione — bez dodatkowych innych uszkodzeń miednicy; 2) ze zwichnięciem w stawie krzyżowo-biodrowym; 3) ze złamaniem kości miednicy. W przypadku niewielkiego przemieszczenia kości łonowych leczenie ogranicza się do unieruchomienia miednicy. W przypadkach ze znacznem przemieszczeniem tych kości w kierunku pionowym należy w znieczuleniu rdzeniowem wykonać ich nastawienie i nałożyć opatrunek gipsowy (np. typu Whittmanna). Przypadek znacznego przemieszczenia w kierunku poziomym i przyśrodkowo leczy się unieruchomieniem miednicy w grzbietowem ułożeniu chorego z workami piasku na obu talerzach biodrowych. W przypadkach przemieszczenia kości łonowych na boki — wystarczy ścisnąć miednicę bandażem. Jeżeli nastawienia nie można osiągnąć sposobem bezkrwawym, nakłada się na kości łonowe szwy kostne z bronzu albo srebra. W tych przypadkach, w okresie pooperacyjnym należy wykonywać od czasu do czasu zdjęcie roentgenowskie dla kontroli zachowania się szwu, gdyż nitka metalowa może z czasem przeciąć kość, — przemieścić się do światła miednicy i uszkodzić wtórnie ścianę pęcherza moczowego.

Leczenie tego rodzaju uszkodzeń daje dość dobre wyniki. Trwała lub częściowa niezdolność do pracy występuje tylko w 25% wszystkich przypadków i to głównie w przypadkach, powikłanych rozerwaniem w stawie krzyżowo-biodrowym lub złamaniem kości miednicy.

Podkreślić należy, że często dołącza się tu uszkodzenie pęcherza moczowego lub części błoniastej cewki moczowej, które wymaga osobnego leczenia i wpływa na pogorszenie ogólnego stanu chorego i rokowania.

Ogólne wytyczne leczenia zapalenia szpiku kostnego u dzieci. (L'évolution spontanée des osteomyélites aiguës à staphylocoque doré. Avantages du retard de l'intervention). J. Leveuf.

Mem. de l'acad. de Chir. Nr. 8 marzec 1936.

Klasyczną metodą leczenia ostrego zapalenia szpiku kostnego było dotychczas natychmiastowe otwarcie operacyjne jamy szpikowej z usunięciem na dużej przestrzeni zmienionych zapalnie kości i szpiku. Autor na podstawie szeregu obserwacyj klinicznych, od 1928 r., przeciwstawia temu leczeniu — leczenie zachowawcze - wyczekujące, prze-

suwające moment wykonania zabiegu operacyjnego aż do chwili wytworzenia się ograniczonego ropnia podokostnowego. Ropień podokostnowy tworzy się zwykle dopiero na 15 — 20-ty dzień choroby, kiedy gorączka zaczyna opadać, i stan ogólny poprawia się — ogólne zakażenie można wówczas uważać za ograniczone i opanowane. Po nacięciu ropnia i usunięciu jego zawartości, autor nie sączkuje jamy ropnia. W razie powstania martwaka w kości, usunięcie jego wykonywa jako zabieg wtórny około 30 dnia od początku choroby, upewniwszy się poprzednio o rozległości zmian zapomocą zdjęcia rentgenowskiego. Wykonywanie operacji w pierwszych dniach choroby uważa autor za niecelowe i szkodliwe. Niecelowe z tego względu, że w tym okresie niema jeszcze określonego ogniska chorobowego w kości, a cały szpik jest w stanie zapalnym, szkodliwe — ze względu na to, że niszcząc tworzący się w kości wał ochronny ziarniny, uwalnia masy drobnoustrojów, które ustrój wchłania ponownie i zakaża się.

Oczekując na ograniczenie się sprawy, autor wzmacnia ustrój ogólnie, podając swoiste szczepionki, surowice, i wreszcie, w przypadkach cięższych — przetaczając krew.

Sposób operowania nawykowego zwichnięcia żuchwy. (Luxation récidivante de la machoire). S a n t y, B e r a r d.

Lyon Chirurg. I 33 Nr. 1 1936.

Autor opisuje przypadek wyleczenia nawykowego zwichnięcia żuchwy u epileptyka, zapomocą operacyjnego wycięcia obustronnego łękotek stawowych. Przerwa między wykonaniem operacji po jednej stronie i po drugiej wynosi 15 dni; po każdym zabiegu żuchwę unieruchamiano opatrunkiem zwykłym na 6 dni. Wynik pooperacyjny był zupełnie zadawalniający; pomimo ataków epileptycznych, zwichnięcie nie powtórzyło się. Czynność gryzienia i żucia odbywała się prawidłowo.

Przyczynek do leczenia zapalenia stawu biodrowego na tle rzeżączkowem — swoistą szczepionką i gonakryną. (Coxite gonococcique guérie par injections intraveineuses de gonacrine et de vaccin). M e r t u m, D a r g e n t.

Lyon Chirurg. t 33. Nr. 1. 1936.

Chorą, u której rozpoznano ostre zapalenie stawu biodrowego na tle rzeżączkowem, trwające od 3 miesięcy, leczono w sposób następujący. Unieruchamiano kończynę w opatrunku gipsowym i wstrzykiwano codziennie dożylnie szczepionkę przeciwrzeżączkową w dawkach wzrastających od ¼ cm do 2 cm^3, i gonakrynę — również dożylnie, po 5 cm^3 na dawkę. Ogółem chora otrzymała 60 cm^3 gonakryny. W godzinę po wstrzyknięciu występował, utrzymujący się w ciągu kilku godzin, silny odczyn w postaci dreszczów, potów i omdleń. Z każdym jednak dniem dolegliwości ze strony stawu zmniejszały się tak że, po miesiącu chora mogła już chodzić. Po przebyciu choroby pozostało tylko niewielkie ograniczenie ruchów w chorym stawie i nieznaczny zanik mięśni uda.

Pomyślny wynik leczenia w tym przypadku przypisuje autor stosowaniu dużych ilości szczepionki i gonakryny, nie przesądzając jednakże, czy leczenie to należałoby uważać za swoiste, czy też za wstrząsowe.

Dwa przypadki operacyjnego usunięcia całej okrężnicy z powodu megacolon. (Deux cas de colectomie totale pour mégacôlon generalisé). S a n t y, C o r a j o d.

Lyon Chir. Nr. 33 Nr. 2 1936.

Autorzy podają opis 2 przypadków, w których usuwano operacyjnie całe jelito grube z powodu istnienia megakolon. Przypadki dotyczą 2 kobiet w wieku 32 i 40 lat, u których do stałych objawów megakolon, chronicznego zaparcia i bólów brzucha, — dołączyło się znaczne wychudzenie. W obydwu przypadkach wykonano początkowo zespolenie jelita cienkiego z esicą zapomocą guzika Villard'a, jednakże okazało się ono niewystarczającem, masy kałowe w dalszym ciągu zalegały w jelicie grubem. Wobec tego przy zabiegu powtórnym usunięto całą okrężnicę aż do miejsca zespolenia, wycinając wraz z poprzecznicą całą sieć. Chore znosiły zabieg dobrze. Stolce z początku nieregularne, płynne i częste — unormowały się. Ogólny stan chorych poprawiał się.

Jakkolwiek megakolon jest cierpieniem, przebiegającem stosunkowo łagodnie, to jednak w obu przypadkach był tak oporny na wszelkie leczenie, że dawał wskazania nawet do tak poważnego zabiegu jak usunięcie całej okrężnicy.

J. Czyżewska.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Kilka uwag w sprawie rzucawki porodowej. (Quelques considérations à propos de l'eclampsie). C o l l d e C a r r é r a.

Rev. franç. Gynécol. Obstetr. T. 31, Nr. 2, 1936 r.

Pod względem objawów klinicznych rzucawka porodowa jest prawie nie do odróżnienia od epilepsji, poczynając od okresu zwiastunów poprzez napad aż do okresu snu po napadzie. Widujemy w rzucawce wszystkie znane z epilepsji postacie kliniczne poronne, o typie padaczki jacksonowskiej i t. d.

Niewątpliwie jednak owa pseudo - padaczka występuje na tle zatrucia i to zatrucia ciążowego, które z kolei atakuje macicę, dając t. zw. apopleksję maciczno - łożyskową (wylew krwawy do ściany macicy z przedwczesnem odklejeniem łożyska), *retinitis albuminurica*, psychozy połogowe i t. d.

Jeden natomiast jest objaw stały, a jest nim nadmierne ciśnienie krwi.

Autor wyobraża sobie, że owo nadciśnienie tętnicze, atakując organy pokryte otoczką (nerki, wątroba przedewszystkiem), wywołuje coś jakby duszenie się w swej otoczce tego organu; stąd powstają wylewy krwawe w miąższu organu, znane jako anatomiczny objaw schorzenia.

Ostateczny wynik schorzenia zależy oczywiście od tego jakie organy i w jakim stopniu zostały zniszczone przez ów szkodliwy czynnik nadciśnienia. Toteż jedna chora ginie od niedomogi nerki, inne — od niedomogi wątroby i t. d.

Powyższe postawienie kwestji nie zmniejsza ważności zagadnienia roli gruczołów dokrewnych, co stanowi zainteresowanie ostatnich lat właśnie w dziedzinie rzucawki porodowej.

Leczenie czynnościowych zaburzeń miesiączkowych u młodych kobiet za pomocą naświetlania jajników i przysadki słabemi dawkami promieni Roentgena. (175 przyp.). (Traitement des troubles fonctionnels de la menstruation des jeunes femmes par de faibles doses de rayons X, appliqués sur les ovaires et l'hypophyse ((175 cas). Wittenbourg W. i J. Porkhovnik.

Rev. franç. Gynéc. Obstétr, I. 30, Nr. 12.

Na zasadzie obserwacji 175 przypadków autorzy przychodzą do następujących wniosków:

1. Zaburzenia czynnościowe w miesiączkowaniu mogą mieć charakter bądź ilościowy (hypo — czy hypermenorrhea), bądź też okresowy (nieregularne miesiączki).

2) Naświetlanie jajników dawką 10 — 15% dawki skórnej może być uznane nieledwie za leczenie swoiste; dla wzmocnienia działania stosuje się ponadto naświetlanie przysadki.

3) Wyniki uzyskane w leczeniu zaburzeń miesiączkowych naświetlaniem jajników i przysadki różnią się od siebie i zależą od rodzaju zaburzeń (ilościowych czy jakościowych).

4) Najlepiej poddają się leczeniu przypadki zaburzeń w okresowości, połączone lub nie ze zmniejszonemi ilościowo krwawieniami miesięcznemi. Natomiast brak miesiączki (amenorrhea) jest najbardziej odporny na leczenie.

5) Im młodsza chora, tem lepsze rokowanie; brak miesiączki po 30 latach prawie nie daje nadzieji na wynik leczniczy.

6) Im szybciej rozpoczęto leczenie od wystąpienia objawów choroby, tem rokowanie jest lepsze.

7) Niedorozwój macicy znacznie pogarsza rokowanie.

8) Wiadomo, że z zaburzeniami w miesiączkowaniu współistnieją zaburzenia w cechach wtórnych płciowych, jak to: wirylizm, nadmierne owłosienie, otyłość.

9) Wraz z powrotem powikłanego miesiączkowania znikają niekiedy wymienione zaburzenia.

10) W 15—18% przyp. uzyskano ciążę, która w $^{2}/_{3}$ tych przyp. skończyła się donoszonym porodem.

11) Dość znaczny odsetek (25%) poronień i przedwczesnych porodów występujących w powyższym materjale nie powinien być wiązany z leczeniem promieniami Roentgena, ale z zasadniczem cierpieniem, a więc przedewszystkiem z niedorozwojem narządu rodnego.

12) Nie stwierdzono ujemnego wpływu omawianego leczenia na dzieci z ciąż powstających po naświetlaniu promieniami X.

13) Leczenie powyższe winien prowadzić rentgenolog, wyrobiony ginekologicznie i w stałym kontakcie z ginekologiem. *T. Zawodziński.*

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Pokrzywka jako schorzenie. (L'urticaire-maladie sans urticaire-symptome. Les formes viscérales de l'urticaire, en particulier la forme gastrique). P. Chevalier.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1936, Nr. 2.

Pomiędzy pokrzywką pospolitą a obrzękiem Quinckego przeprowadzić można łatwo porównanie. Istota zmian chorobowych w obu tych schorzeniach polega na powstawaniu obrzękowych, krótkotrwałych zmian, bądźto ograniczonych (bąble), bądźto rozlanych. Także ze względu na przebieg kliniczny schorzenia te wydają się stać blisko siebie. Wybuchom pokrzywki towarzyszą często rozlane obrzęki pewnych okolic skóry (twarzy — dłoni). Przypadki te niejako pokrywają się częściowo swoim obrazem klinicznym. Oprócz przypadków, w których istnieją wyraźne objawy skórne, istnieją i takie, w których jedynym objawem ze strony skóry jest świąd gwałtowny, występujący napadowo, lub w których wykwity nie osiągają typowego dla pokrzywki wyglądu a zatrzymują się w okresie rumieniowym.

We wszystkich wyżej opisanych postaciach spotykamy często skargi na dolegliwości ze strony żołądka: brak apetytu, nudności, odbijania, wymioty, niekiedy nawet krwawe. Dolegliwości te występują zwykle równolegle z objawami na skórze. Dokładne badanie takich przypadków (gastroskopja) wykazuje powstawanie analogicznych do skórnych zmian na śluzówce żołądka. Zwykle na przedniej ścianie żołądka, najczęściej w okolicy przedodźwiernikowej, widzi się ograniczone obrzęki śluzówki. Podobne zmiany dają się zauważyć na śluzówce pęcherza w razie wystąpienia ataku bólów w pęcherzu, krwiomoczu. Dolegliwości ze strony pęcherza występują często w przypadkach pokrzywki z zimna. Objawy chorobowe wystąpić mogą jedynie w narządach wewnętrznych, pozostawiając skórę bez zmian.

O nowym czynniku leczniczym (Sur un nouvel agent thérapeutique) Schwarzmann.

Annales de Dermat. et de Syphil.

Wykonując szereg badań nad działaniem leczniczym wyciągów różnych tkanek, zauważył autor, że takie działanie, jakie mają wyciągi ze skóry, ma również woda, w której przez pewien określony czas pozostawała żywa skóra osobnika zdrowego W destylowanej wodzie o ciepłocie pokojowej (6 l.) zanużono na 40 — 50 minut kończynę górną; wodę następnie odparowano do 1/50 części, rozlewano w ampułki i pasteryzowano (wstrzykiwano), nieodparowaną podawano doustnie. Wyniki były dobre w szeregu schorzeń natury neurowegetatywnej (dusznica, astma i t. p.).

Wpływ niektórych soli na odczyn Wassermana. (Action de certains sels sur réaction de Bordet-Wasserman). Aujarric, N. Kossovitch i Sich Try.

Annales d l'Institut Pasteur, 1935, Nr. 4.

Krwinki ludzkie i zwierzęce, poddane in vitro działaniu roztworów soli rtęci, arsenu i bismutu, ulegają zależnie od stężenia tych roztworów pewnym zmianom; stwierdza się mianowicie powiększenie ich odporności, a dalej zmianę odczynu Wassermana u kiłowych i niekiłowych, których krwinki poddane były temu działaniu. I tak 256 surowic dodatnich wykazało pod wpływem różnych soli (rtęci, arsenu i bismutu) w 146 przypadkach przejście w ujemne. Z tej liczby przez zadziałanie solami rtęci 26,6% przeszło w ujemne, pod wpływem soli bismutu — 16,6%, po novarsenobenzolu — 48,6%.

Odczyn wiązania dopełniacza wykonany we krwi, która była czasowo poddana działaniu środka przeciwkiłowego pozwala, jeżeli nie wybrać lek

najbardziej odpowiedni, to przynajmniej przekonać się o podatności krwi osobnika na ten lub inny środek przeciwkiłowy. Mielibyśmy więc rodzaj wskaźnika („hémotest"), ułatwiającego wybór leku.

Rumień guzowaty a choroba Nicolas — Favre'a (Erythéme noueux et maladie de Nicolas — Favre). A. Sézary, E. Friedmann.

Bulletin de la Soc. Fr. de la Dermatol. 1936. Nr. 3.

W związku z wystąpieniem rumienia guzowatego w dwóch przypadkach limfogranulomatozy pachwinowej, autorzy podają kilka uwag, tyczących się etjologji rumienia guzowatego.

Gruźlicza etjologja tego schorzenia znajduje coraz liczniejszych zwolenników. Schorzenie to występuje jako objaw wczesny lub nawet pierwotny zakażenia gruźlicą. Zdarza się to, rzecz zrozumiała, najczęściej u dzieci. Zagadnienie etjologji rumienia guzowatego u dorosłych ze starą gruźlicą należy do najtrudniejszych do wytłumaczenia. Opisane dwa przypadki nasuwają na myśl możliwości wspólnego czynnika etjologicznego dla rumienia guzowatego i choroby Nicolas-Favra. Autorzy nie wykluczają ponadto i innych bakteryjnych schorzeń, które tu mogą odgrywać rolę (ropne).

Kiła a rak prącia. (Syphilis et cancer de la verge). M. A. Touraine.

Bulletin de la Soc. Fr. de la Dermatol. 1936, Nr. 3.

Z 219-tu przypadków raka prącia, ogłoszonych w ostatnich latach, w 87-miu istniała uprzednio kiła i to zawsze kiła nabyta oprócz jednego tylko przypadku, w którym stwierdzono kiłę wrodzoną. Ten znaczny odsetek wskazuje na niezaprzeczony wpływ kiły w powstawaniu nabłoniaków.

Podobny wpływ wywiera kiła, jak to autor w innej pracy wykazał, także na powstawanie raków języka, warg i przełyku, sutka i macicy.

Herpes gestationis. A. Sézary, J. Lemant.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatol 1936, Nr. 3.

Schorzenie to uważa większość autorów za identyczne z chorobą Duhringa, od której różni się tylko tem, że występuje u ciężarnych.

Przypadek opisany dotyczył młodej kobiety, u której w każdej ciąży zjawiał się wybuch tego schorzenia: pierwszy w czasie porodu — drugi na kilka dni przed porodem. Jest to przykład t. zw. allasopatji, to jest schorzenia, wywołanego przez zmianę ogólnego stanu biologicznego.

Padaczka i naczyniaki wewnątrz-czaszkowe u bliźniąt. (Epilepsie et angiomatose intra-cranienne chez deux jumeaux) A. Touraine, L. Golé, J. Sambron.

Bulletin de la Soc. Fr. de la Dermatol 1936. Nr. 3.

Autorzy podają opis przypadku padaczki, która wystąpiła u 2-ch dziesięcioletnich bliźniąt i utrzymuje się stale — bliźnięta mają po 15 lat. U obydwu tych dzieci skrupulatne badania radjograficzne zdołały wykazać na wewnętrznej powierzchni kości ciemieniowej obecność znacznych rozmiarów żylakowatych rozszerzeń naczyń krwionośnych, ułożonych mniej więcej jednakowo. U jednego z bliźniąt, u którego napady padaczki są rzadsze i lżejsze a stan intelektualny normalny naczyniaki są mniejsze; u drugiego częstszym i bardziej nasilonym napadom odpowiadają wyraźne zaburzenia intelektu i znaczniejszych rozmiarów naczyniaki.

Związek pomiędzy padaczką i innemi zaburzeniami w centralnym układzie nerwowym a naczyniakami śródczaszkowymi znany jest w przebiegu choroby Lindaua, dlatego też dziwią się autorzy, że podczas kongresu neurologicznego w Londynie pominięto naczyniaki, jako przyczynę padaczki.

Korzystny wpływ barwików na łuszczycę. (Psoriasiques améliorés par les applications externes de colorants). Gougerot i Jega.

Bulletin de la Soc. Fr. de la Dermatol 1936. Nr. 3.

Przy sposobności wykonywania badań nad wchłanianiem barwików przez skórę zdrową i chorą zauważyli autorzy korzystny wpływ alkoholowych rostworów barwika na wykwity łuszczycowe (cristal-violet, fuksyna, gonakryna, błękit metylenowy a zwłaszcza eozyna).

Wykwity łuszczycowe pendzlowano roztworem barwników jużto bezpośrednio, jużto pozbawiwszy ich uprzednio łusek zapomocą maści salicylowej. Tym sposobem leczono 5 przypadków, przyczem wyniki szybsze osiągnięto w przypadkach traktowanych uprzednio maścią salicylową. Efekty były lepsze, niż po zastosowaniu redukujących dziegciowych środków. Autorzy zastrzegają się jakoby ten sposób był sposobem wyleczenia łuszczycy lecz wydaje się im korzystnem zastąpienie cuchnących i drażniących skórę środków przez równie skuteczne, jakimi są alkoholowe roztwory barwików.

Leczenie gronkowcowych schorzeń skóry, dożylnemi wstrzykiwaniami glykokolatu miedzi. (Le traitement des staphylococcies cutanées par le glycocollate de cuivre intraveineux). Yves Bureau, Lassause, Renaud.

Bulletin de la Soc. Fr. de la Dermatol 1936. Nr. 3.

Wprowadzenie do lecznictwa anatoksyny gronkowcowej było wielkim postępem w lecznictwie schorzeń gronkowcowych skóry, nie rozwiązało jednak sprawy ostatecznie i wielu lekarzy powróciło do oddawna znanego sposobu leczenia dożylnemi wstrzykiwaniami miedzi. Metoda ta przetrwała około 20-toletni okres w lecznictwie schorzeń gronkowcowych skóry, nie mniej należy zdać sobie sprawę z jej ujemnych stron. Główną wadą tego leczenia jest znacznego stopnia spustoszenie w żyłach, jakie czyni ten środek, wysoce drażniący ściany naczyń krwionośnych. Zastosowany w słabszych stężeniach, dla naczyń nieszkodliwych, okazał się bezskutecznym. Autor zastąpił, stosowany dotychczas amoniakalny roztwór siarczanu miedzi, połączeniem glykokolowem miedzi, zawierającem 27% czystej miedzi. Wstrzykiwań dokonywano co drugi dzień, 10 ccm 1,8% roztworu, w ilości 6 — 10 wstrzyknięć. Leczenie to znoszone bywa bardzo dobrze a wyniki w przypadkach gronkowcowych schorzeń skóry a także w liszajcu, niesztowicach i niektórych innych paciorkowcowych schorzeniach były zachęcające.

Leczenie pęcherzycy brodawkującej moranylem. (Pemphigus végétant traité par le moranyl. Guérison se maintenant depuis un an). Y v e s, B u r e a u.

Bulletin de la Soc. Fr. de la Dermatol. 1936, Nr. 3.

Leczenie pęcherzycy brodawkującej należy do najtrudniejszych zadań. W ostatnich czasach lecznictwo, jak zdaje się, uzyskało dosyć skuteczną broń do walki z tym schorzeniem. We Francji Fourneau przygotował analogiczny do Germaniny preparat — t. zw. moranyl, stosowany od pewnego czasu w trypanosomiazach.

Opis przypadku dotyczy kobiety 56-cioletniej, która przedstawiała typowy obraz pęcherzycy brodawkującej, od początku przybierającej bardzo niepomyślny przebieg. Wstrzyknięcie neoarsenobenzolu (0,15) wywołało zjawienie się biotropicznego rumienia, obrzęków a chora bliska była zejścia śmiertelnego. Zastosowano moranyl początkowo w dawkach 0,5. Pomimo białkomoczu i obrzęków, któreto objawy okazały się przejściowemi, podawano nadal moranyl w ilości 6 gr w 8 wstrzyknięciach. Wyzdrowienie było bardzo szybkie, niemal nagłe, a stan bezobjawowy utrzymuje się około roku. Ogólny stan chorej uległ wybitnej poprawie.

Wyleczenie choroby Dühringa przy pomocy Moranylu. (Dermatose de Dühring guérie par le moranyl). Y v e s B u r e a u.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatol 1936, Nr. 3.

U 25-cioletniego mężczyzny cierpiącego na chorobę D. serja wstrzykiwań arsenowych (7 gr) sprowadziła polepszenie stanu chorobowego. Pęcherze jednak stale występowały, chociaż w mniejszej ilości.

Zastosowanie Moranylu w pełni nasilenia jednego z wybuchów dało wynik dobry, bezpośrednio nawet po pierwszej dawce 0,5. Ten sposób leczenia zdaje się być szczególnie wskazanym u osobników młodych, u których stan nerek jest dobry. Wstrzykiwania nie są bolesne. Ponieważ bezwzględnie konieczna jest codzienna kontrola moczu i stanu chorego, leczenie to zatem można stosować tylko w warunkach klinicznych.

Naczyniak rogowcowy ucha. (Le nodule douloureux de l'oreille. Angiokératome du pavillon de l'oreille). L. P é r i n, S. B o u l l e.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatol 1936, Nr. 3.

Początek schorzenia jest dosyć nagły tak co do zjawienia się wykwitu, jak i co do wystąpienia bólu. Bolesność na ucisk jest zwykle pierwszym objawem, później bóle są samoistne. Guzek wielkości soczewicy, twardy, barwy szarawej, żółtej jest często jakby przeświecający i może naśladować nabłoniak o perłach zrogowaciałych. Wykwit ten pokrywa się w krótkim czasie łuskowatemi strupkami, następnie wykazuje w części środkowej lejkowate zagłębienie a może także owrzodzieć. Gruczoły chłonne i skóra w otoczeniu wykwitu nigdy nie są zmienione. Rozwój tego wykwitu jest b. powolny i nigdy nie prowadzi do zwyrodnienia złośliwego, może jedynie ulec wtórnym zakażeniom.

Histologiczne zmiany polegają na nadmiernem rogowaceniu naskórka, na akantozie, drobnokomórkowym nacieku i na powstawaniu licznych nowych naczyń włosowatych, czyli jest to naczyniak rogowcowy, w którego powstaniu być może odgrywają pewną rolę takie czynniki, jak uraz, zimno i inne momenty drażniące małżowinę uszną (u lekarzy słuchawka, u żołnierzy twarde czapki i t. p.) a także, jak to niektórzy podnoszą gruźlica (tuberkulidy).

Leczenie polega na głębokiem wycięciu guzka, gdyż po zabiegu płytkim wykwit odrasta. Można użyć również z dobrym wynikiem galwano-kauteryzacji, elektro-koagulacji...

Patogeneza liszaja płaskiego. (Les pathogénies du lichen plan) S p i t z e r.

Paris Médic. 1936. Nr. 3.

Liszaj płaski w ostatnich latach jest schorzeniem bardzo częstem. Pomimo to, tak klinika jego, jak i patogeneza są jeszcze sprawą otwartą. Mnożą się coraz liczniej nietypowe postaci tego schorzenia, jak również przypadki liszaja w następstwie leczenia innych schorzeń skórnych (liszaj biotropiczny).

Spośród licznych teorji, dotyczących patogenezy tego schorzenia, autor skłania się do gruźliczej, której twórcą jest Milian. Za słusznością tej teorji przemawia:

a) częstość liszaja u osobników gruźliczych,

b) częstość liszaja w rodzinach obciążonych gruźlicą,

c) pewne powinowactwo do mieszków, jak w gruźlicy,

e) analogiczne utkanie drobnowidowe zwłaszcza w lichen nitidus.

Za etjologją gruźliczą liszaja przemawia także fakt znalezienia w wykwitach kwaso-odpornej bliżej nieokreślonej pałeczki, wkońcu korzystny wpływ leczniczy soli złota.

Śmiertelny przypadek wyłysienia całkowitego z zaburzeniami w gruczołach dokrewnych głównie tarczycy. (Un cas mortel d'une alopécie totale par troubles endocriniens avec prédominance thyroidienne). K. U l l m a n n.

Paris Médical 1936, Nr. 3.

U normalnie rozwijającej się dziewczyny w 15-tym roku życia rozpoczęło się łysienie na głowie. W tym samym czasie miesiączki wyraźnie zmniejszyły się a równocześnie wystąpiły objawy niedomogi tarczycowej (typ myxoedematyczny). Leczona była w tym okresie promieniami ultrafjoletowymi i wstrzykiwaniami wyciągów jajnikowych i tylnego płata przysadki. W 17-ym roku życia miesiączki nieco nasiliły się i tu i owdzie pojawiło się skąpe uwłosienie, którego brak był poprzednio całkowity na głowie i tułowiu. Chora ta na lewym pośladku i udzie miała duży naczyniak limfatyczny. W 22-im roku życia wyszła zamąż, zaszła w ciążę, w czasie której znacznie utyła a włosy miejscami wyraźnie odrastały. W 5-tym miesiącu ciąży poroniła, a wkrótce potem wszystkie włosy ponownie wypadły i od tej chwili stan chorej stopniowo pogarszał się: chora wychudła, bardzo osłabła, wystąpiły zaburzenia inteligencji, hypotermja, hypotensja, suchość skóry, zanik dermografizmu (niedomoga jajnikowa), zwolnienie tętna, brak niektórych odruchów i szereg zaburzeń nerwowych, jak halucynacje, zabu-

rzenia w sferze uczuć, obniżenie wapnia we krwi, wymioty, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Leczenie wyciągami tarczycy, przedniego płata przysadki i insuliną nie dało żadnej poprawy i chora zmarła wśród objawów niedomogi serca i zapalenia płuc.

W powyższym przypadku wykluczono obecność kiły i gruźlicy — jest to więc przypadek samoistnego zaburzenia wielogruczołowego.

Śmiertelność wśród dzieci a kiła wrodzona. (Mortalité infantile et syphilis congénitale). A. D u p r a t.

Bruxelles — Médical, 1936, Nr. 26.

Z obszernej ankiety (Rio Grande - Brazylja), odnoszący się do śmiertelności wśród dzieci w ich pierwszym roku życia wynika, co następuje: w niektórych rodzinach śmiertelność dzieci równa się zeru, inne wykazują śmiertelność dzieci rozmaitą. Przyczyną śmiertelności są zawsze ściśle określone schorzenia dzieci a brak należytej higjeny, warunki ekonomiczne rodziny odgrywają rolę drugorzędną, dodatkową. Co się tyczy schorzeń, to największą ilość ofiar zabierają schorzenia przewodu pokarmowego; kiła stanowi w Rio Grande w 25,3% przyczynę zejścia śmiertelnego. To znacznych rozmiarów spustoszenie, jakie szerzy kiła wśród dzieci w pierwszym roku życia, zmusza autora do nawoływania do jaknajenergiczniejszej walki z kiłą.

Podział gruźliczych schorzeń skóry. (Les cadres de la tuberculose cutané). T h u l l i e r.

Bruxelles — Médical, 1936, Nr. 28 — 30.

W obecnym stanie wiedzy za rzeczywistą, typową gruźlicę skóry można uważać następujące postaci: ulcus tuberc., tuberc. verrucosa, gumma tuberc., tuberc. fungosa, luposa.

Do gruźlicy nietypowej zalicza autor lichen scrofulosorum, t. b. c. papulo-necrotica i erythema induratum. Do tej grupy należy także zaliczyć lupoid miliar. disseminatus, schorzenie, którego jednak etjologja gruźlicza nie jest dosyć udowodniona.

Podskórne sarkoidy Darier-Roussy i rozsiane sarkoidy guzowate Darier'a mogą mieć etjologję gruźliczą, kiłową, a może i kilka innych przyczyn.

Gruźlica odgrywa ważną rolę w etjologji liszaja rumieniowego (lupus erythem.), który jest umiejscowionym objawem ogólnego schorzenia, bliżej nieokreślonego. Do schorzeń t. zw. systemowych, a mianowicie do schorzeń układu siateczkowo-śródbłonkowego zalicza autor sarkoidy (Besnier - Boeck), lupus pernio i angio-lupoid i ta także grupa zależy od zakażenia gruźliczego. Związek pomiędzy gruźlicą a rumieniem guzowatym, przyłuszczycą i lichen nitidus jest całkowicie nieudowodniony i to zagadnienie jest tematem otwartym do dyskusji.

Dr. Jastrzębska Zofja.

K R O N I K A

INSTYTUT HIGJENY POWIETRZA.

W Stanach Zjednoczonych powstał — jak donoszą w „Informations Sociales" — Instytut higjeny powietrza w Pittsburgu. Instytut został utworzony przez organizacje przemysłowe. Zadaniem tej instytucji jest walka z zanieczyszczeniem powietrza w zakładach przemysłowych przez pył i gazy, zagrażające zdrowiu i życiu ludności robotniczej.

ZNACZENIE AKCJI ZAPOBIEGAWCZEJ W WALCE Z WYPADKAMI I CHOROBAMI ZAWODOWEMI.

Sprawa zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym budzi żywe zainteresowanie w świecie lekarskim. Doniosłe to zagadnienie poruszył ostatnio dr. Hozer w „Nowinach Społeczno-lekarskich" w artykule p. t. „W sprawie organizacji zapobiegawczej i poziomu lecznictwa w ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu", domagając się uaktywnienia działalności profilaktycznej Ubezpieczeń Społecznych.

W pierwszym okresie swego istnienia — twierdzi dr. Hozer — Ubezpieczenia Społeczne położyły główny nacisk na działalność asekuracyjną w postaci leczenia i płacenia odszkodowań za wypadki przy pracy i choroby zawodowe. Nie wyczerpuje to istotnych zadań Ubezpieczeń Społecznych, których „racją istnienia jest w równej mierze niwelowanie następstw ryzyka zawodowego, jak działanie zapobiegawcze w tym kierunku, aby świadczenia stawały się zbędne".

Konieczność skierowania polityki ubezpieczeniowej na tory profilaktyki jest szczególnie ważna w dobie obecniej, kiedy „kryzys, pauperyzacja, bezrobocie, spadek cenzusu fachowego robotników wskutek masowej podaży niewykwalifikowanych i coraz tańszych sił roboczych, pogarszanie się warunków pracy, a wreszcie ciągły rozwój techniki, tworzą coraz to nowe, nieopanowane ryzyka ubezpieczeniowe".

Za jedno z najbardziej palących zagadnień walki z wypadkami przy pracy, uważa dr. Hozer zorganizowanie szybkiej i fachowej pomocy w wypadkach nagłych uszkodzeń na terenie warsztatów pracy. Liczba tych uszkodzeń jest bardzo duża, zwłaszcza jeśli się uwzględni drobne urazy i okaleczenia, które — niezaopatrzone należycie — ulegają zakażeniom przyrannym i powodują dłużej trwającą niezdolność do pracy, a niekiedy nawet trwałe inwalidztwo.

Wypadki te — pisze dr. Hozer — nakładają olbrzymie ciężary kosztów leczenia i zasiłkowania na ubezpieczenia.

NIEBEZPIECZNE GATUNKI PYŁU.

Na posiedzeniu Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Londynie wygłoszono referat p. t. „Uprzemysłowienie i gruźlica". Według danych prelegenta, dr. Heffernau'a, jednym z najbardziej niebezpiecznych gatunków pyłu, występujących w przemyśle, który przyczynia się do rozpowszechnienia gruźlicy, jest pył kwarcowy (piaskowy). Robotnicy, na-

rażeni na przebywanie w atmosferze zanieczyszczonej pyłem kwarcowym (górnicy, kamieniarze i in.) wykazują 10-krotnie wyższą umieralność na gruźlicę, niż ogół ludności.

GRUŹLICA DZIESIĄTKUJE CHAŁUPNIKÓW W OSADZIE SUCHOCIN.

W powiecie płońskim znajduje się niewielka osada Suchocin (2000 mieszkańców), której ludność trudni się wyrobem guzików z muszli perłowej, przywożonej całemi wagonami z Anglji. Produkcja odbywa się w maleńkich fabrykach, należących do hurtowników, przyczem część roboty biorą robotnicy do domu.

W jak przykrych warunkach zdrowotnych pracują ci chałupnicy i półchałupnicy — opisuje dr. B. Salak w ostatnim zeszycie „Zdrowia Publicznego".

Praca — pisze on — odbywa się z reguły w miesiącach jesiennych i zimowych. Tymczasem na 12 lokali tylko 2 posiadają piece. Brak jest podłóg. Niema żadnej wentylacji, wskutek czego w lokalach panuje zaduch, w powietrzu zaś unosi się drobny i ostry pył muszlowy.

Utrzymanie czystości w pomieszczeniach do pracy „przedstawia się wprost rozpaczliwie". Mydła, ręczników, wody do mycia nigdzie niema. Spluwaczki i wycieraczki nie są znane. Fartuchów do pracy nikt nie używa. Oczywiście o szafach do ubrań ani o używaniu odzienia roboczego niema mowy. W kilku fabrykach wogóle niema ustępów. Brak też jest dobrej wody do picia. W jednym z warsztatów czerpią nawet robotnicy wodę wprost z rzeki.

W osadzie Suchocin szerzy się zastraszająco gruźlica. Jest to tem dziwniejsze, że okolica uchodzi za bardzo zdrową ze względu na lasy sosnowe i jest nawet popularnym w okolicy terenem letniskowym. Gruźlica wynika zdaniem dr. Salaka, z niezdrowych warunków pracy chałupników i półchałupników, którzy wraz z rodzinami stanowią czwartą część miasteczka.

Wartoby bliżej poznać — kończy dr. Salak swoje informacje — warunki pracy naszych chałupników i półchałupników, tej wprawdzie rozrzuconej po całej Polsce, lecz licznej grupy pracowników fizycznych.

ODKRYCIE UCZONEGO ANGIELSKIEGO W WALCE Z ZAWODOWYM RAKIEM SKÓRY.

W sprawozdaniu Międzynarodowego Biura Pracy o postępach państw w dziedzinie higjeny pracy podana jest interesująca wiadomość o odkryciu przez angielskiego uczonego dr. Twort'a, czynnika wywołującego raka zawodowego skóry wśród tkaczy angielskich.

Ciężkie to schorzenie obserwowano oddawna u robotników zatrudnionych w przemyśle bawełnianym przy t. zw. selfaktorach. Maszyny te oliwione są smarami, wytwarzanemi z łupków mineralnych, których duże złoża znajdują się w Szkocji. Selfaktory wykonywując szybkie ruchy obrotowe rozpryskują dookoła cząsteczki smarów, tak że odzienie robotników zatrudnionych przy tych maszynach przesycone jest smarami.

Szkockie oleje mineralne działają drażniąco na skórę i popewnym czasie rozwija się u osób wrażliwych rak skóry. W naukowej literaturze angielskiej opisano ponad 200 wypadków takiego raka.

Dr. Twort, który jest kierownikiem pracowni badawczej komitetu walki z rakiem w Manchesterze prowadził od dłuższego czasu poszukiwania nad czynnikiem rakotwórczym w olejach mineralnych. Udało mu się stwiedzić, że niektóre gatunki olejów mineralnych zawierają substancje chemiczne, należące do grupy węglowodorów cyklicznych i od ich obecności zależy zdolność do wywoływania raka przez dany produkt.

Ponieważ substancje rakotwórcze występują nie we wszystkich gatunkach olejów mineralnych, istnieje, dzięki metodzie opracowanej przez dr. Twort'a możliwość rozróżnienia niebezpiecznych dla zdrowia gatunków oleju i niedopuszczenia do użycie ich przy selfaktorach. Zarówno więc teoretycznie, jak i praktycznie odkrycie d-ra Twort'a oznacza duży krok naprzód w walce z rakiem zawodowym.

Należy dodać, że rak zawodowy skóry występuje także u nas w Małopolsce Wschodniej w przemyśle naftowym, również wskutek osobliwych właściwości chemicznych niektórych gatunków ropy naftowej i jej produktów.

JAKIE STRATY POWODUJĄ WYPADKI PRZY PRACY?

Niemiecki Zakład Ubezpieczeń od Wypadków przy pracy i chorób zawodowych podaje, z okazji 50-lecia swej działalności, interesujące cyfry strat, spowodowanych w Niemczech przez wypadki przy pracy. Codziennie ginie 16 robotników wskutek wypadków przy pracy, rocznie zaś 100.000 osób ulega cięższym wypadkom przy pracy, powodującym niezdolność do pracy. Koszta leczenia i rent dla ofiar wypadków, oraz wdów i sierot wynoszą rocznie 300 miljonów Mk.

Niemniejsze stosunkowo straty ponosi polski przemysł i społeczeństwo wskutek wypadków przy pracy. Rocznie ginie u nas 1.050 ludzi wskutek wypadków przy pracy, gospodarstwo zaś społeczne traci ogółem około 250 miljonów złotych rocznie.

Cyfry te najlepiej ilustrują znaczenie akcji bezpieczeństwa i higjeny przy pracy w przemyśle.

ZATRUCIA W ZAWODZIE DRUKARSKIM.

Z Instytutu Chorób Zawodowych w Berlinie donoszą o wystąpieniu masowego zatrucia u 12 drukarzy, zatrudnionych w drukarni jednego z tamtejszych pism ilustrowanych przy obsłudze maszyny rotacyjnej druku wgłębnego.

Jak wykazały badania przeprowadzone w Instytucie, powodem zatruć była farba drukarska, zawierająca, jako rozpuszczalnik, mieszaninę benzolu, ksylolu i toluolu. Farby takie są powszechnie stosowane w nowoczesnej technice druku barwnego, ponieważ szybko schną i nie rozpuszczają się na deszczu.

Benzol, ksylol i toluol działają szkodliwie na organizm ludzki. W czasie druku ciała te szybko parują, gromadząc się w powietrzu pomieszczeń do pracy. U osób pracujących w atmosferze zanieczyszczonej parami tych związków występują objawy zatrucia.

W czasie pracy występują u robotników objawy szołomienia. Jest to stan podobny do zatrucia alkoholem polegający na działaniu narkotycznem

par benzolu, ksylolu i toluolu. W wypadkach silnego zanieczyszczenia powietrza, zachodziły nawet wypadki zupełnej utraty przytomności. Wielu robotników skarży się na silne bóle głowy, nudności, podrażnienia oskrzeli i inne dolegliwości.

Po dłuższym czasie pracy występują u robotników zmiany we krwi a czasem i w narządach wewnętrznych, które charakteryzują zatrucie chroniczne.

Stopień zanieczyszczenia powietrza parami benzolu, ksylolu i toluolu w pomieszczeniach drukarskich posiada duży wpływ na występowanie zatruć. Występują one przedewszystkiem w pomieszczeniach źle wentylowanych. Racjonalna wentylacja zapobiega przeto cięższym wypadkom zatruć.

Niemniej ważnym środkiem zapobiegawczym są okresowe badania lekarskie pracowników drukarskich, narażonych na to zatrucie. Wczesne bowiem rozpoznanie chronicznego zatrucia daje możność uniknięcia ciężkich następstw przez zmianę miejsca pracy i leczenie. Ponieważ nie wszyscy są w równym stopniu wrażliwi na zatrucie, konieczna jest również pewna selekcja pracowników, którą można przeprowadzić na podstawie badań lekarskich.

W Polsce, w większych miastach, posiadamy kilka drukarń posługujących się techniką druku wgłębnego. Korzystając z doświadczeń obcych, powinny one chronić w należyty sposób zdrowie swego personelu.

POD STRZECHY I DO LEPIANEK ROBOTNICZYCH MUSI DOTRZEĆ IDEA OCHRONY PRACY.

Polska, wskutek wiekowej niewoli, pozostawała przez wiele lat na uboczu wielkich prądów społecznych nurtujących kraje zachodnie. Nigdzie może odosobnienie to nie wydało tak fatalnych owoców, jak w dziedzinie ochrony zdrowia i życia ludności robotniczej. Interesujące uwagi na ten temat zamieszcza inż. Z. Puławski, inspektor pracy, w ostatnim zeszycie czasopisma „Praca i Opieka Społeczna".

W Anglji — podaje on — pierwsza ustawa z zakresu ochrony pracy powstała w 1802 r., ustanawiając t. zw. „wizytatorów fabrycznych", będących pierwszym typem dzisiejszej inspekcji pracy. Sprawna ochrona zdrowia i życia robotnika była przedmiotem żywego zainteresowania całego społeczeństwa i znajdowała znakomitych protektorów na wyżynach społecznych. Bardzo się np. zasłużył w propagowaniu idei bezpieczeństwa pracy wielki prozaik Karol Dickens, który nie zawahał się nazwać stowarzyszenia przedsiębiorców, mającego na celu obalenie ustawy z r. 1844 o bezpieczeństwie pracy — „Stowarzyszeniem dla kaleczenia robotników", czem zupełnie ośmieszył to smutnej pamięci Stowarzyszenie.

Nie inaczej było w Niemczech. Pierwszym impulsem do zapoczątkowania akcji higjeny i bezpieczeństwa pracy było alarmujące doniesienie generała pruskiego von Horn, który pierwszy zwrócił uwagę na upadek stanu fizycznego młodzieży poborowej w okręgach przemysłowych Nadrenji i Westfalji. Wynikiem licznych dyskusyj była pierwsza ustawa ochronna wydana 6 kwietnia 1839 r.

Tak samo we Francji, w Szwajcarji, Austrji, Belgji, Holandji, Włochach i w innych państwach.

Polska natychmiast po odzyskaniu niepodległości, przyjęła wszystkie zdobycze z zakresu ochrony pracy, oddawna zainstalowane w krajach zachodnich. Utworzono Ministerstwo Opieki Społecznej, Inspekcję Pracy, wydano komplet ustaw. Niestety, odbyło się to wszystko bez czynnego udziału całego społeczeństwa, najszerszych jego warstw. Stąd też wyniknął dziwny stan, że idea ochrony pracy nie przeniknęła do całego społeczeństwa, pozostała w wielu wypadkach niezrozumiała i niedoceniona przez szerszy ogół.

Dopiero w ostatnich latach sprawa bezpieczeństwa pracy doczekała się szerszego zainteresowania wśród ogółu.

— Trzeba mieć nadzieję — pisze inż. Z. Puławski, że weszliśmy już w okres, w którym, podobnie jak w innych krajach, ogarnie ona najszersze koła społeczne".

Spopularyzowanie idei ochrony pracy, przeniknięcie jej zarówno do fabryk, jak i pod strzechę i do lepianek robotniczych jest jednym z najważniejszych warunków poprawy zdrowia ludności robotniczej.

KOMUNIKAT INFORMACYJNY INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH

Rok II — Nr. 51. 3 czerwca 1936 r.

CO TO JEST „CHOROBA LIMUZYNOWA„?

Przy dłuższych jazdach zamkniętemi samochodami występują u kierowców i u osób jadących objawy schorzenia , które nazwano w Niemczech „chorobą limuzynową". Objawia się ona oszołomieniem, któremu towarzyszy silny ból głowy, niekiedy nudności i wymioty. Zaburzenia te przypominają dobrze znaną chorobę morską, różnią się od niej tylko tem, że choroba morska znika natychmiast po wylądowaniu, natomiast choroba limuzynowa trwa nadal po zaprzestaniu jazdy, a nawet wzmaga się, jeśli kierowca przebywa w samochodzie, a silnik puszczony jest na wolny bieg. Jest rzeczą charakterystyczną, że opisane cierpienia nigdy nie występuje u kierowców samochodów otwartych.

W Instytucie Fizjologji Pracy w Dortmundzie przeprowadzono badania kierowców, podlegających chorobie limuzynowej. W krwi ich znaleziono około 10% tlenkowęglowej hemoglobiny, co świadczy o zatruciu gazami spalinowemi, pochodzącemi z silnika. W czasie jazdy zawartość tlenkowęglowej hemoglobiny wzrastała aż do 18%, czemu towarzyszyły silniejsze zaburzenia.

Sprawcą tych wszystkich zaburzeń jest tlenek węgla, najbardziej trujący składnik gazów spalinowych. Codzienne zatruwanie się kierowców tlenkiem węgla nie jest obojętne dla ich zdrowia, a przytem, zdaniem badaczy niemieckich, dużo niewytłomaczonych katastrof samochodowych, wywołanych zostało zatruciem kierowców tlenkiem węgla, wskutek występującego w czasie jazdy oszołomienia i zamroczenia. Walka przeto z tym zatruciem posiada doniosłe znaczenie zarówno dla higjeny pracy kierowców, jak i bezpieczeństwa publicznego.

Gazy spalinowe przedostają się do wnętrza wozu głównie w samochodach starych, w których tłoki nie przylegają ściśle do ściany cy-

lindrów, tak że część gazów spalinowych przedostaje się do karteru, a stąd do wnętrza wozu. W samochodach ogrzewanych gazami spalinowemi zdarza się również, że przewody, odprowadzające gazy są nieszczelne i przepuszczają część gazów. Dostatecznie częste doszlifowywanie cylindrów i dbałość o szczelność przewodów odprowadzających gazy z silnika zapobiega występowaniu choroby limuzynowej.

JADŁODAJNIE RODZINNE W FABRYKACH

Wielu pracowników fizycznych i umysłowych odżywia się poza domem wskutek oddalenia miejsca pracy od domu.

Jedzenie poza domem stanowi pierwiastek rozkładowy w życiu rodzin robotniczych, gdyż brak wspólnych posiłków usuwa ważny czynnik spotykania się całej rodziny. Jest ono także niepożądane ze względu na odżywianie. Wskutek braku jadłodajni i jadalni fabrycznych w wielu zakładach przemysłowych, robotnicy muszą się odżywiać pokarmami suchemi, niegotowanemi. Dodaćby do tego należało, że pożywienie suche (najczęściej chleb i kiełbasa) łączy w sobie dwie wady: niską wartość odżywczą i wysoką cenę.

Tworzenie tanich jadłodajni fabrycznych odgrywa rolę w odżywianiu ludności robotniczej. Powinny z nich korzystać nawet te osoby, które w czasie przerwy obiadowej mogą zajść do domu i powrócić na czas do pracy, ponieważ pośpiech w jedzeniu i spożywaniu gorących pokarmów jest przyczyną wielu cierpień przewodu pokarmowego, a przy dużych odległościach dodatkowy wysiłek na przebycie drogi powiększa zmęczenie robotnika.

Ujemną stroną żywienia się robotników w jadłodajniach fabrycznych jest jednak fakt, że żony ich, nie będąc zmuszone do przygotowywania obiadu dla męża, nie robią go także dla siebie i dla dzieci, czasem z lenistwa, czasem z „oszczędności". Cała rodzina obywa się wówczas chlebem, lub niestarannie przygotowanemi potrawami, na czem cierpi jej odżywianie.

Jest jednak i na to pewien sposób, który zastosowały niektóre przedsiębiorstwa niemieckie. Zorganizowały one mianowicie jadłodajnie rodzinne przy fabrykach, w których cała rodzina otrzymuje pożywienie w porze obiadowej, za tak niską cenę, że nie opłaci się prowadzić gospodarstwa domowego.

Jadłodajnie rodzinne w fabrykach są jednym z najbardziej skutecznych środków poprawy odżywianiu ludności robotniczej. Zakładajmy je i propagujmy!

SOLECKIE SOLE MINERALNE.

Niebawem zostaną oddane do sprzedaży „Soleckie Sole Mineralne" do przyrządzania kąpieli siarczano słonych w domu. Będzie to miało doniosłe znaczenie dla osób, pragnących przeprowadzić kurację domową w porze zimowej, lub nie mogących z różnych względów wyjechać do Solca dla poratowania zdrowia. Zima i lato są porami, kiedy najbardziej dają się we znaki cierpienia reumatyczne i artretyczne i kiedy najkonieczniejszem staje się odbycie kuracji.

FREKWENCJA GOŚCI W ZAKOPANEM.

Zakopane jako największa w Polsce stacja klimatyczna i turystyczna, oraz sportów zimowych, wzbudza zawsze największe zainteresowanie w naszem społeczeństwie. Wszyscy jeżdżący do Zakopanego, lub nawet tylko interesujący się jego rozwojem pragną co roku widzieć jaki był stan frekwencji gości i wyciągnąć stąd wnioski czy Zakopane ciągle jeszcze trzyma prym wśród naszych stacji klimatycznych, czy też traci na popularności. Otóż przeprowadzona w ciągu ostatnich dwóch lat statystyka wykazała, że w Zakopanem frekwencja gości stale wzrasta. I tak w roku 1934 odwiedziło Zakopane 44.500 osób z Polski, 3.402 osób z zagranicy, czyli razem 47.902 osoby, nie licząc dziesiątek tysięcy turystów, nie meldujących się w Zakopanem i udających się bezpośrednio w góry. W roku 1935 bawiło w Zakopanem 46.852 osób z Polski, 2.006 osób z zagranicy, czyli razem 48.858 osób, również nie licząc dziesiątek tysięcy turystów, udających się bezpośrednio w góry.

KURACJE RYCZAŁTOWE W GOCZAŁKOWICACH.

Goczałkowice Zdrój wprowadziły w roku bieżącym w okresie trwania wszystkich trzech sezonów kuracje Ryczałtowe. Obejmują one pokój z oświetleniem, pościelą i obsługą, utrzymanie, kąpiele według ordynacji lekarza, taksę kuracyjną, pijalnię, opiekę lekarską przez cały czas kuracji. Opłata za kurację ryczałtową wynosi w I i III sezonie za 21 dni złotych 189. — i za 28 dni złotych 250. — w II sezonie za 21 dni zł. 226. — i za 28 dni zł. 279.

SOLEC STAŁ SIĘ NOWOCZESNEM KĄPIELISKIEM.

Mimo ogólnego kryzysu, dającego się dotkliwie we znaki uzdrowiskom krajowym, zarząd zakładu zdrojowego w Solcu czyni wszelkie możliwe starania, by zakład ten postawić na stopie nowoczesnego miejsca kąpielowego. W bieżącym sezonie zaprowadzono centralne ogrzewanie łazienek, odnowiono gruntownie hotel i pensjonat zdrojowy, zainstalowano we wszystkich willach zakładowych oświetlenie elektryczne, zaopatrzono w najnowsze aparaty zakład elektroterapji, urządzono salon bridge'owy i salę bilardową.

W zakładzie ordynuje dwóch lekarzy, ponadto czynni są felczer, masażyści i masażystki. Na miejscu jest apteka, telegraf i telefon międzymiastowy.

Od 15 maja kursują przez cały sezon letni na szlaku Kielce-Solec i Tarnów-Szczucin-Solec wygodne autobusy. Bliższe szczegóły o nich podają rozkłady jazdy P. K. P.

Pomimo szeregu powyższych inwestycyj i ulepszeń, jak wskazują tegoroczne cenniki, Solec należy do najtańszych uzdrowisk kraju.

ZAKOPANE KONTYNUUJE PRACE KANALIZACYJNE I BUDUJE NOWOCZESNE NAWIERZCHNIE ULIC.

Zarząd Miasta Zakopane wykorzystywując tegoroczne dobre warunki atmosferyczne, już wczesną wiosną przystąpił do dalszych prac ka-

nalizacyjnych. W chwili obecnej jest już na ukończeniu kładzenie rur na ulicy Kościuszki na całej jej przestrzeni od dworca kolejowego do ul. Krupówki. Obecnie rozpoczęto już prace przygotowawcze kanalizacyjne na ul. Zamoyskiego.

Z wiosną b. r. Państwowy Zarząd Drogowy przystąpił do dalszych robót nad budową trwałej nawierzchni na drodze do Kuźnic, a równocześnie do robót konserwacyjnych na drodze z Nowego Targu do Zakopanego. Po naprawieniu nawierzchni na tym odcinku, poddane zostaną gruntownej naprawie nawierzchnie drogi z Zakopanego do Jaszczurówki.

Zarząd Miasta w związku z przebudowaniem w roku ubiegłym dolnej części ulicy Krupówki, która otrzymała wówczas na całej długości trwały bruk kostkowy i rozszerzoną jezdnię, obecnie przystąpił do układania na tej przestrzeni nowego chodnika z płyt betonowych.

SZCZAWNICA ZALUDNIA SIĘ Z KAŻDYM DNIEM.

Zdrojowisko Szczawnica zaludnia się z każdym dniem coraz liczniej. Obecnie bawi tam na kuracji z pośród znanych osób w kraju J. E. Książę Metropolita dr. Stefan Adam Sapieha, który zamieszkał w komfortowych apartamentach nowego budynku Inhalatorjum.

Pogoda sprzyja, dzięki czemu Szczawnica cała tonie w zieleni i kwiatach. Nowe Inhalatorjum i źródła cieszą się już wielką frekwencją. Otwarto plażę i kąpiele rzeczne w Dunajcu.

ILE KOSZTUJE POBYT W SOLCU ZDROJU?

W roku bieżącym zdrojowisko Solec Zdrój obniżyło znacznie ceny. Wydatki na utrzymanie są minimalne, koszt kuracji ryczałtowej w nadchodzącym sezonie głównym wynosi za 21 dni pobytu w klasie I 262. — zł. w II-giej złotych 229.— zł. i w klasie III złotych 181.— Ryczałt obejmuje opiekę lekarską, pełną kurację mineralną i mułową, mieszkanie oraz utrzymanie i opłatę taksy zdrojowej.

FREKWENCJA W KOSOWIE ROZWIJA SIĘ NADAL.

W pierwszych dniach czerwca frekwencja w Zakładzie dr. Tarnawskiego w Kosowie osiągnęła wysokość nienotowaną już w sezonie wiosennym od szeregu lat. Liczba gości wynosi 70 osób, to jest tyle ile w okresie najlepszych sezonów przed kryzysem.

W dużym stopniu przyczyniła się do tego wyjątkowa piękna tegoroczna wiosna. Od drugiej połowy kwietnia trwa pogoda, wciąż jest ciepło i sucho. Jagody, czereśnie, poziomki i truskawki zaczęły dojrzewać, co umożliwia przeprowadzenie bardzo cennych kuracji owocowych.

POSIEDZENIE ZARZĄDU ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH

W dniu 5 czerwca b. r. w Krynicy odbyło się posiedzenie Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich. Obrady otworzył prezes Z. U. P. p. Rajmund Jarosz z Truskawca. W posiedzeniu brali udział następujący członkowie Zarządu: wiceprezes Z. U. P. dyr. Stanisław Wiśniewski (Ciechocinek), dr. K. Kaden (Rabka), dyr. inż. J. Rokosz (Busko), St. Karłowski (Horyniec), dyr. inż. Leon Nowotarski (Krynica), dr. O. Salamowicz (Otwock), Adam hr. Stadnicki (Szczawnica), inż. Wł. Kryński; dr. P. Rudzki (Ciechocinek), dyr. Henryk Kozak (Jastrzębie Zdrój), dr. J. Czop (Jaworze), p. Zakrzewski burmistrz Krynicy, dyrektorka Z. U. P. p. Halina Minkiewiczowa. Ministerstwo Opieki Społecznej, któremu podlegają wszelkie sprawy związane ze zdrojownictwem i uzdrowiskami, reprezentował nacz. wydz. dr. W. Przywieczerski. W posiedzeniu brali udział przedstawiciele prezydjum Polskiego Tow. Balneologicznego w osobach pp. Prezesa dr. Tempki, v-prez. Prof. Dr. Zubrzyckiego i sekretarza dr. Godłowskiego.

Obrady Zarządu rozpoczął p. Jarosz przemówieniem poświęconem działalności i zasługom na polu balneologji polskiej zmarłego niedawno prof. Ludomira Korczyńskiego. Przemówienia wysłuchali obecni stojąc, składając w ten sposób cześć pamięci Zmarłego.

Zkolei złożono serdeczne życzenia Prezesowi Z. U. P. p. Jaroszowi z okazji jego 25 letniej owocnej pracy na polu zdrojownictwa.

W czasie trwania obrad Zarządu Komisja balneologiczna Z. U. P. odbyła konferencję z prezydjum Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, na której ustalono formy porozumienia pod względem wewnętrzno organizacyjnej struktury przyszłego Instytutu Balneologicznego.

Sprecyzowane zostało również stanowisko Zarządu Z. U. P. w sprawie zgłoszonego na obrady Sekcji uzdrowiskowej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia projektu rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej o eksploatacji i obrocie wód mineralnych, leczniczych i stołowych, uznające potrzebę istnienia takiego rozporządzenia równocześnie z uregulowaniem obrotu wodami sztucznemi.

Powzięto również uchwałę zaproponowania wzięcia udziału przez poszczególne uzdrowiska w Wystawie Turystyczno Uzdrowiskowej mającej się odbyć w Krakowie w dniach od 15 sierpnia do 6 września b. r.

Do rozpatrzenia i zaopinjowania przez członków Z. U. P. przekazano sprawy ochrony nazwy „hotel" i „pensjonat", oraz sprawę projektowanej noweli do ustawy o państwowym podatku przemysłowym.

W wolnych wnioskach poruszono kwestję likwidacji Komisji Zdrojowych. Jednakże w rezultacie przeprowadzonej dyskusji uznano celowość i potrzebę istnienia komisji, jak to już miało miejsce poprzednio i pozostawiono nadal działalność Komisji Zdrojowych w całej dotychczasowej rozciągłości.

Wysłano depeszę do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej z okazji 10-letniego Jubileuszu z wyrazami oddania, oraz życzeniami na dalsze lata pracy na stanowisku najwyższego reprezentanta Państwa.

Wszyscy uczestnicy obrad Zarządu Z. U. P. zostali zaproszeni do wzięcia udziału w oznaczonem na dzień następny 6. VI. posiedzeniu Sekcji do spraw Zdrojowisk i Uzdrowisk Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

KOMISJA MORSKA PRZY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Przy związku Uzdrowisk Polskich działa, powołana do życia w dniu 11 grudnia 1935 specjalna Komisja Morska, składająca się z 5 członków z prawem kooptacji. Przypominamy równocześnie, że myśl stworzenia Komisji Morskiej wyłoniła się na wielkiej konferencji, zwołanej przez Związek Uzdrowisk Polskich w Warszawie w dniu grudnia 1935 przy udziale przedstawicieli kąpielisk nadmorskich i władz administracyjnych wybrzeża. W konferencji tej brali udział przedstawiciele Ministerstwa Opieki Społecznej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, oraz p. Wicewojewoda Pomorski i p. Starosta Morski.

Celem skoordynowania poczynań poszczególnych organizacji pracujących na terenie wybrzeża, Komisja Morska zwróciła się m. in. do Zarządu Głównego Ligi Morskiej i Kolonjalnej o współpracę. W wyniku powyższego porozumienia w zarządzie Komisji zasiada delegat stały Ligi Morskiej i Kolonjalnej.

Komisja nawiązała i utrzymuje kontakt z następującemi organizacjami, działającemi na Wybrzeżu: przedewszystkiem z Urzędem Wojewódzkim Pomorskim w Toruniu, Kuratorjum Szkolnym w Poznaniu, innemi władzami państwowemi w Toruniu i Gdyni, Starostwem Morskiem w Gdyni, starostwami w Kartuzach i Kościerzynie, zarządem miasta w Toruniu, oraz w Grudziądzu, Ligą Popierania Turystyki w Toruniu, Pol. Tow. Krajoznawczem w Toruniu, Okręgowym Pomorskim Pol. Zw. Kajakowym, Polskim Związkiem Wioślarskim w Toruniu, zarządami uzdrowisk w Jastrzębiej Górze, Juracie, Pomorskim Związkiem Przedsiębiorstw Samochodowych w Toruniu, Pomorską Izą Rolniczą w Toruniu, P. B. P. „Orbis" w Gdyni, Związkiem Lekarzy Zach. Pol. w Toruniu, Tow. Żeglugi Polskiej w Gdyni, Klubem Żeglarskim w Toruniu, Gdyńskim Związkiem Propagandy Turystycznej w Gdyni i szeregiem innych.

Ponadto Komisja Morska wyłoniła projekt zorganizowania nieustalonego dotychczas pod względem administracyjnym i prawnym stanu wybrzeża, przez powołanie przy istniejących nad morzem zarządach dwóch gmin zbiorowych Hel i Strzelno, specjalnych komisji kąpieliskowych. Komisje takie będą miały za zadanie wszechstronną opiekę nad kąpieliskami, położonemi w granicach danej gminy, czuwanie nad pobieraniem i dysponowaniem taksami kuracyjnemi zgodnie z ich przeznaczeniem. Do najważniejszych celów Komisji taks kuracyjnych należy m. in. czuwanie nad stanem sanitarnym miejscowości, dbanie o podniesienie ich poziomu, uprzyjemnianie i udogodnienie pobytu kuracjuszom.

Projekt powyższy został przyjęty i zaaprobowany przez Zarząd Związku Uzdrowisk, a następnie przedstawiony przez niego w formie memorjału do decyzji Ministerstw Opieki Społecznej i Spraw Wewnętrznych.

IV ZJAZD NAUKOWY OFICERÓW SŁUŻBY ZDROWIA.

IV Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia odbędzie się w Warszawie, w dniach od 7 do 9 stycznia 1937 roku. Komitet Zjazdu zaprasza do jaknajliczniejszego uczestnictwa w Zjeździe oficerów zawodowych i rezerwy, oraz lekarzy interesujących się sprawami wojskowej służby zdrowia.

W pierwszym dniu Zjazdu odbędzie się dwa posiedzenia ogólne, na których zostaną wygłoszone następujące referaty programowe:

1) Dur plamisty i walka z nim.
2) Współczesne metody leczenia ran.
3) Zagadnienie zmęczenia w poszczególnych rodzajach wojska.
4) Stan przemysłu krajowego a zaopatrzenie armji w materjał sanitarny.

W drugim dniu Zjazdu obrady będą się toczyć w poszczególnych sekcjach. Wybrano następujące tematy programowe:

1) Zagadnienie leczenia i rokowanie w kile sercowo-naczyniowej.
2) Współpraca wojska i organizacyj cywilnych w zwalczaniu gruźlicy.
3) Leczenie operacyjne gruźlicy płuc.
4) Metody leczenia urazów i złamań w świetle materjałów Instytutu Chirurgji Urazowej.
5) Zagadnienie dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji.
6) Wydolność ustroju ludzkiego w świetle fizjologji i kliniki.
7) Sprawność narządu wzroku w związku z wymaganiami poszczególnych rodzajów broni.
8) Metody leczenia wczesnej kiły.
9) Ambulatoryjne leczenie rzeżączki w czasie pokoju w czasie wojny.
10) Zagadnienie syntezy niektórych środków leczniczych.

Komitet Zjazdu prosi o zgłaszanie koreferatów i komunikatów na wymienione tematy do dnia 15 października b. r.

Szczegółowy program Zjazdu zostanie ogłoszony później.

Sekretarjat Zjazdu mieści się w Warszawie, ul. Górnośląska 45, tel. 9-73-57 (Redakcja „Lekarza Wojskowego").

Przewodniczący Zjazdu
Gen. Bryg. Dr. *Stanisław Rouppert*
Szef Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel: 615-56 i 242-40.